

# XIX

# CONGRESSO NACIONAL DE **DERMATOLOGIA** E **VENEREOLOGIA**



---

6, 7 e 8 de Dezembro de 2019  
Sheraton Porto Hotel

**Programa | Resumos**

## **XIX CONGRESSO NACIONAL DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA**

### **Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**

6 a 8 de dezembro de 2019  
Sheraton Porto Hotel  
Rua Tenente Valadim, 146  
Lordelo do Ouro, 4100-476 Porto, Portugal

Comissão Organizadora: Alberto Mota  
António Massa  
Evelina Ruas  
Miguel Correia  
Paulo Lamarão

Comissão Científica: Alberto Mota  
António Massa  
João Maia e Silva  
Miguel Correia  
Rui Tavares Bello

### **Mensagem do Presidente**

Caros Colegas

Aproxima-se o 19º Congresso Nacional de Dermatologia que ocorrerá no Porto, no Hotel Sheraton.

É momento grande na vida da dermatologia nacional pelo que significa de encontro, partilha de experiências, actualização de conhecimento e, sobretudo, encontro de amigos.

Este ano iremos oferecer aos nossos membros, com quotas em dia, a última edição do Fitzpatrick, em papel e versão electrónica, e batas SPDV.

O programa é de alta qualidade. Contamos com os casos clínicos e comunicações, repetidamente votados como momento especialmente interessante nas reuniões SPDV, teremos simpósio de cirurgia dermatológica e de dermatologia cosmética. Haverá simpósio dedicado ao impacto da inteligência artificial na nossa profissão, tema, como todos bem sabem, da maior importância. Na senda da afirmação da dermatologia falada em Português contamos com a presença de palestrantes de Angola e Moçambique que farão apresentações no âmbito do simpósio "Dermatologia na África da Lusofonia".

Teremos diversos simpósios patrocinados pela indústria, com palestrantes de elevada reputação. Estes simpósios satélites são fundamentais na estabilidade financeira da nossa Sociedade.

Contamos ainda com conferências dos nossos colegas Jean Bologna e Paulo Cunha, ambos de inquestionável prestígio mundial. A SPDV é o que dela fizemos, tem a força que colectivamente lhe dermos. Acreditamos que uma SPDV forte é importante para cada um de nós. A presença de cada um de nós é fundamental na afirmação dessa força.

Até ao Porto!

Abraço fraterno



Miguel Correia

## Programa do Congresso

### 6ª-feira Dia 6 de dezembro

9:00 **Abertura do secretariado**

10:00-11:30 **Sessão de Casos Clínicos I** (4 min de apresentação mais 1 min de discussão)

Moderadores – Cecília Moura (Lisboa), Susana Machado (Porto)

10:00 **CC01 - Pustulose e osteoartrópia: da dificuldade diagnóstica à decisão terapêutica**

Francisco Gil<sup>1</sup>, P. Mariano<sup>2</sup>, S. Silva<sup>2</sup>, J. Gil<sup>3</sup>, E. Calmeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

<sup>2</sup>Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

<sup>3</sup>Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

10:05 **CC02 - Linfoma epidermotrópico de células T associado EBV**

Rita Pimenta<sup>1</sup>, A. Martins<sup>2</sup>, G. Esteves<sup>2</sup>, J. Raposo<sup>2</sup>, W. Kempf<sup>3,4</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,5</sup>, P. Leal-Filipe<sup>1,5</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>Kempf und Pfaltz Histologische Diagnostik, Zúrique, Suíça;

<sup>4</sup>Department of Dermatology, University Hospital Zurich, Zúrique, Suíça;

<sup>5</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

10:10 **CC03 - Agentes anti-TNF no Síndrome de Lyell: a propósito de um caso clínico**

Catarina Queirós<sup>1</sup>, J. Pacheco<sup>2</sup>, M. Ribeiro<sup>2</sup>, F. Rato<sup>2</sup>, A. Lacerda<sup>3</sup>, F. Xambre<sup>2,4</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,5</sup>, P. Filipe<sup>1,5</sup>

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

<sup>2</sup>Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>4</sup>Unidade de Queimados, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>5</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

10:15 **CC04 - Infecção por Herpes Simplex Tipo 1 a mimetizar Pioderma Gangrenoso Clássico**

Miguel Alpalhão<sup>1,2,3</sup>; J. Antunes<sup>1,2,3</sup>; JA. Ferreira<sup>2,3</sup>; L. Soares-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 e Universitário de 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

10:20 **CC05 - Eritema Elevatum Diutinum em áreas de cicatriz pós-queimadura**

Rita Bouceiro-Mendes<sup>1</sup>, P.M. Garrido<sup>1</sup>, H. Kutzner<sup>2</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>Laboratório de Dermatopatologia, Friedrichshafen, Germany

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

10:25 **CC06 - Tratamento de Penfigóide Bolhoso com Omalizumab: uma alternativa em formas graves e refratárias**

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, MI. Alexandre<sup>2</sup>, AR. Travassos<sup>1</sup>, MD. Reis<sup>1</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

10:30 **CC07 - Mucormicose cutânea: uma causa rara de paniculite calcificante**

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, R. Pimenta<sup>1</sup>, H. Kutzner<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Dermatopathologie Friedrichshafen – Friedrichshafen, Alemanha

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

10:35 **CC08 - Pápulas, nódulos e tumores ulcerados numa criança de 15 meses**

José Miguel Neves, R. Ramos Pinheiro; A. João; M. J. Paiva Lopes

Serviço de Dermatovenereologia - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

10:40 **CC09 - Esteatohepatite secundária a Omalizumab**

Ana Sofia Borges, S. Santos, P. Duarte, A. Brasileiro

Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

10:45 **CC10 - Técnicas não invasivas no diagnóstico de larva migrans - Descrição de 3 casos**

Rita Pimenta<sup>1</sup>, V. Sousa<sup>2</sup>, P. Garrido<sup>1</sup>, A. Laureano Oliveira<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Fundação Champalimaud, Lisboa;

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

10:50 **CC11 - Acantose nigricans e tripe palms numa doente com obesidade e diabetes**

Margarida Moura Valejo Coelho; C. Fernandes

Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa

10:55 **CC12 - Tratamento Cirúrgico Do Sinus Pilonidal Com Sonda Radial De Laser Diodo**

João Goulão<sup>1</sup>; J. A. Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dermatologista do Hospital da Luz

<sup>2</sup>Cirurgião Geral do Hospital da Luz

11:00 **CC13 - Nevo epidérmico papular – Um caso familiar**

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, C. Amaro, I. Viana

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

11:05 **CC14 - Metotrexato e Psoríase – Efeitos adverso inesperado?**

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, J. Sousa, I. Viana

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

11:10 **CC15 - Stiff skin syndrome: uma entidade incomum de esclerose cutânea infantil**

Diogo Cerejeira, F. Bonito, J. Alves, H. Cunha

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital Garcia de Orta, EPE., Almada

11:15 **CC16 - Linfedema pubogenital na hidradenite supurativa crónica – uma complicação rara**

Ana Luísa João<sup>1</sup>, N. Cunha<sup>1</sup>, A. Lencastre<sup>1</sup>

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

11:20 **CC17 - Pitiríase rotunda: uma dermatose rara**

Frederico Bonito<sup>1</sup>; D. Cerejeira<sup>1</sup>; H. Cunha<sup>1</sup>; J. Alves<sup>1</sup>; Bártolo<sup>2</sup>; E. Pirtac<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Laboratório Joaquim Cleves;

<sup>3</sup>Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada – Serviço de Medicina Interna

11:25 **CC18 - Um caso de dermatose liquenóide blaschkóide**

Frederico Bonito<sup>1</sup>; A. António<sup>1</sup>; J. Alves<sup>1</sup>; P. Serrano<sup>1</sup>; J. Nogueira<sup>2</sup>

Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada –

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia;

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica

- 11:30-12:30 **Simpósio - Dermatologia na África da Lusofonia**  
Moderadores - Miguel Correia (Lisboa), António Massa (Porto)
- 11:30 Diferentes aspectos do Sarcoma de Kaposi – *Rolanda Manuel* (Maputo-Moçambique)
- 11:40 Helmintíases cutâneas – *Nixa César* (Maputo-Moçambique)
- 11:50 Infecções virais cutâneas em Angola - *Erica Nelumba* (Luanda-Angola)
- 12:00 O Serviço de Dermatologia de São Tomé e Príncipe – *Pedro Andrade* (Matosinhos)
- 12:10 O Centro Clínico de Nampula – *César Martins* (Santarém), *Miguel Correia* (Lisboa)
- 12:20 Discussão
- 12:30-13:30 **Almoço e visita à exposição técnica**
- 13:30 **Sessão de abertura**
- 13:30-14:30 **Simpósio - Princípios básicos de reconstrução de defeitos da face por região topográfica**  
Moderadores – Carlos Marques (Vila Real), Ricardo Vieira (Coimbra)
- 13:30 Região Frontal - *Daniela Cunha* (Lisboa)
- 13:40 Nariz - *César Martins* (Santarém)
- 13:50 Orelha - *Carlos Marques* (Vila Real)
- 14:00 Região perioral - *Ricardo Vieira* (Coimbra)
- 14:10 Região periorbitária - *João Goulão* (Almada)
- 14:20 Discussão
- 14:30-15:30 **Sessão de Conferências**  
Moderadores – António Massa (Porto), Alberto Mota (Porto)
- 14:30 *Lessons from practicing medical dermatology* - *Jean Bolognia* (New York, U.S.A.)
- 15:00 *CO2 Laser as an Emergent Treatment of Genitourinary Syndrome and Rejuvenation* - *Paulo Cunha* (São Paulo, Brasil)
- 15:30-16:15 **Coffee-break e visita à exposição técnica**
- 16:15-17:15 **Simpósio Satélite ABBVIE - Novos Horizontes no Tratamento da Psoríase. Atualização clínica Risancizumab - WCD e EADV (informação da empresa)**  
Moderador – Paulo Varela (Gaia)
- Introdução - *Tiago Torres* (Porto)
- WCD - Atualização clínica Risancizumab - *Joana Antunes* (Lisboa)
- EADV - Atualização clínica Risancizumab - *Pedro Ponte* (Lisboa)
- Discussão
- 17:15-18:15 **Simpósio - ABC da Dermatologia Estética**  
Moderadores – Henrique Oliveira (Coimbra), Evelina Ruas (Coimbra)
- 17:15 Beleza e Estética na Dermatologia - *Leonor Girão* (Lisboa)
- 17:31 Dermatologia Estética Facial - *David Serra* (Aveiro)
- 17:47 Dermatologia Estética Corporal - *Marisa André* (Lisboa)
- 18:03 Discussão
- 18:00 **Assembleia Geral**
- 20:00 **Jantar**

---

## Sábado Dia 7 de dezembro

- 8:00-09:30 **Sessão de Comunicações I** [6 minutos de apresentação mais 1 min de discussão]  
Moderadores - Gabriela Marques Pinto (Lisboa), Ana Brinca (Coimbra)
- 8:00 **C01 - Terapia fotodinâmica – 15 anos de experiência num centro português de referência**  
*Regina Caldas*, F.T. Almeida, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga
- 8:07 **C02 - (Re)definição dermatoscópica da doença de Bowen Pigmentada**  
*Rita Pimenta*<sup>1</sup>, E. Arzberger<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, A. Laureano Oliveira<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa;  
<sup>2</sup>Department of Dermatology, Medical University of Graz, Graz, Austria;  
<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- 8:14 **C03 - Alterações cutâneas associadas a Diabetes Mellitus numa enfermaria de Medicina Interna**  
*Maria José Guimarães*, R.Caldas, F. Almeida, A.P. Vieira, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.

- 8:21 **C04 - Infecções por *N. gonorrhoeae* num Hospital Terciário: estudo retrospectivo de 10 anos**  
 Catarina Queirós<sup>1</sup>, J. Borges da Costa<sup>1,2,3</sup>, L. Lito<sup>4</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>, J. Melo Cristiano<sup>2,4</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte  
<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa  
<sup>3</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa  
<sup>4</sup> Laboratório de Microbiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte
- 8:28 **C05 - Dermatoses vulvares não infecciosas: estudo retrospectivo**  
 Rita Bouceiro-Mendes<sup>1</sup>, M. Mendonça-Sanches<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2</sup>, I. Correia-Fonseca<sup>1</sup>, J. Borges da Costa<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Dermatologia  
<sup>2</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa  
<sup>3</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa
- 8:35 **C06 - Tratamento da Síndrome Sézary com alemtuzumabe - experiência de um centro (2009-2019)**  
 Sandra Ferreira<sup>1</sup>, I. Fernandes<sup>1,2,3</sup>, R. Cabral<sup>2,3</sup>, M. Lima<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto  
<sup>2</sup> Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos e Mastocitoses, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal  
<sup>3</sup> Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomedica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal
- 8:42 **C07 - Lesões orais induzidas pela infusão de linfócitos de dador – série de 11 doentes**  
 Nuno Gomes<sup>1</sup>, E. Vigarinos<sup>2</sup>, A. Huynh<sup>3</sup>, C. Borel<sup>3</sup>, C. Recher<sup>3</sup>, I. Brito<sup>4</sup>, V. Sibaud<sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto, Portugal;  
<sup>2</sup> Departamento de Medicina Oral, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França;  
<sup>3</sup> Departamento de Hematologia Clínica, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França;  
<sup>4</sup> Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto, Portugal;  
<sup>5</sup> Departamento de Oncodermatologia, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França.
- 8:49 **C08 - Dermatose Perfurante Adquirida: correlação clínico-patológica de um período de 10 anos**  
 Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, C. Queirós<sup>1</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) – Lisboa, Portugal.  
<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.  
<sup>3</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa (UNL) – Lisboa, Portugal.
- 8:56 **C09 - Terapêutica de campo no cancro cutâneo não melanoma: avaliação histológica e molecular**  
 Alexandra Azevedo<sup>1</sup>, M. Caetano<sup>1,2</sup>, M. Selores<sup>1-3</sup>, A. Coelho<sup>4</sup>, R. Vyscaino<sup>4</sup>, B. Leal<sup>3,5</sup>, C. Lemos<sup>3,5</sup>, B. Martins<sup>3,5</sup>, P. Pinho e Costa<sup>3,5</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto  
<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto  
<sup>3</sup> Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomedica do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (ICBAS-UP)  
<sup>4</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto  
<sup>5</sup> Departamento de Patologia e Imunologia Molecular do ICBAS-UP
- 9:03 **C10 - Associação entre condilomas acuminados perianais e infeção pelo HPV no canal anal em MSM HIV+ – estudo observacional retrospectivo caso-controlo**  
 André Cerejeira<sup>1</sup>, S. Cunha<sup>2</sup>, R. Coelho<sup>3</sup>, G. Macedo<sup>3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,4</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>2</sup> Aluna MIMED, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
<sup>3</sup> Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>4</sup> Serviço de Microbiologia, Departamento de Patologia e CITESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 9:10 **C11 - A evolução do cancro cutâneo em 5 anos – experiência de uma consulta multidisciplinar**  
 Ana Filipe Monteiro<sup>1</sup>, J. Barbosa<sup>2</sup>, M. Rafael<sup>3</sup>, M. Cravo<sup>3</sup>, A. Ortins-Pina<sup>3</sup>, Consulta Multidisciplinar de Cancro Cutâneo, C Moura<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Serviço Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal  
<sup>2</sup> Serviço Dermatologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal  
<sup>3</sup> Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, (IPOIFG), Lisboa, Portugal
- 9:17 **C12 - Calcifilaxia não-urémica: a experiência de um centro terciário**  
 José Miguel Neves, A. Brasileiro, C. Fernandes  
 Serviço de Dermatovenereologia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
- 9:24 **C13 - Bactérias multirresistentes em doentes com pé diabético: análise de um centro terciário português**  
 Tomás Pessoa e Costa; B. Duarte; M. Coelho; A. João; JM. Neves; F. Rocha Páris; J. Neves  
 Centro Hospitalar Lisboa Central
- 09:30-10:30 **Sessão de Conferências**  
 Moderadores - Miguel Correia (Lisboa), Paulo Lamarão (Lisboa)
- 09:30 Insights from consultations - *Jean Bologna* (New York, U.S.A.)
- 10:00 Os meus tratamentos de sucesso com o Nitrogénio Líquido - *Paulo Cunha* (São Paulo, Brasil)
- 10:30-11:15 **Coffee-break e visita à exposição técnica**
- 11:15-12:15 **Simpósio Satélite Lilly Portugal**
- 12:15-13:15 **Simpósio Satélite Novartis Farma - Da Visão Holística ao Tratamento Completo da Doença Psoriática com Cosentyx® (informação da empresa)**
- 12:15 Boas Vindas e Abertura - *Tiago Torres* (Porto)
- 12:20 Controlo da depressão e ansiedade na psoríase - *Gustavo Jesus* (Psiquiatra, Lisboa)
- 12:30 Redução do dano cardiovascular na psoríase - *Nuno Bettencourt* (Cardiologista, Porto)
- 12:40 Cosentyx® na Abordagem completa do Doente Psoriático – Dados de Vida Real - *Paulo Ferreira* – (Lisboa)
- 13:00 Discussão e Fecho – *Tiago Torres & All*
- 13:15-14:15 **Almoço e visita à exposição técnica**
- 14:15-14:30 **Anúncio de prémios e bolsas**
- 14:30-15:30 **Simpósio Satélite Sanofi - New Era in the treatment of Atopic Dermatitis (informação da empresa)**
- 14:30 *Opening - Paulo Filipe* (Lisboa)
- 14:35 *Atopic Dermatitis: Burden, Diagnosis and Treatment - Paulo Varela* (Gaia)
- 15:00 *Dupilumab Clinical Efficacy and Safety in AD - Marjolein de Bruin-Weller* (Holanda)
- 15:25 *Discussion and Closing Remarks - All*
- 15:30-16:30 **Simpósio Satélite Pierre-Fabre - Simpósio Dor Cutânea (informação da empresa)**

- 15:30 Introdução - A dor na Dermatologia: Ponto de vista Português – *António Massa* (Porto)
- 15:35 Dor Cutânea - Um sintoma frequentemente desvalorizado – *Adam Reich* (Polónia)
- 16:15 Inovação terapêutica na abordagem da dor cutânea - *Markéta Saint Aroman* (França)
- 16:25 Perguntas & Respostas
- 16:30-17:15 **Coffee-break e visita à exposição técnica**
- 17:15-18:15 **Simpósio - Oncologia y Dermatoses Autoimunes y Sistémicas**  
Moderadores - Yolanda Gilaberte (Zaragoza, Espanha), António Massa (Porto)
- 17:15 *Cirugía de Mohs: mi experiencia técnica y consejos prácticos* - *Luis Rios* (Madrid - Espanha)
- 17:30 *Actualización en el carcinoma de Merkel* - *Beatriz Llombart* (Valencia - Espanha)
- 17:45 *Dermatomiositis paraneoplásica* - *Isabel Bielsa* (Barcelona - Espanha)
- 18:00 *Actas Dermosifiliográficas: artículos más relevantes sobre dermatosis autoimunes y sistémicas* - *Yolanda Gilaberte* (Zaragoza - Espanha)
- 20:00 **Jantar SPDV**

## Domingo Dia 8 de dezembro

- 08:00-09:00 **Sessão de Comunicações II** (6 min de apresentação mais 1 min de discussão)  
Moderadores - Raquel Marques Santos (Lisboa), Ana Paula Cunha (Porto)
- 8:00 **C14 - Imunomodulação tópica com difenilciclopropenona para a alopecia areata**  
*Ana Sofia Borges*; A. Brasileiro; R. Ramos Pinheiro; A. Lencastre  
Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central
- 8:07 **C15 - Reconstrução da columela: revisão de 3 casos**  
*Mariana Batista*, A. Pinho, A. Brinca, R. Vieira  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 8:14 **C16 - Plastia em Z associada ao encerramento primário de defeitos cirúrgicos faciais**  
*Filipa Tavares Almeida*<sup>1</sup>, M. Batista<sup>2</sup>, A. Pinho<sup>2</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, E.P.E.  
<sup>2</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 8:21 **C17 - Hipnoterapia no tratamento do prurido crónico idiopático refratário**  
*Jorge Lopes*, M. Teixeira, D. Teixeira, C. Sousa, A. Baptista, A. Moreira  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho
- 8:28 **C18 - Tuberculose latente e agentes biológicos: terão todos os doentes a obrigatoriedade de serem tratados?**  
*Álvaro Machado*<sup>1</sup>, M. Abreu<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>, T. Torres<sup>1,3,4</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal  
<sup>2</sup>Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal  
<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal  
<sup>4</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal
- 8:35 **C19 - Sarcoma de Kaposi – estudo retrospectivo de 10 anos**  
*Joana Calvão*, M.M. Brites, J.C. Cardoso, R. Vieira  
Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 8:42 **C20 - Versatilidade de retalhos bilobados para encerramento de defeitos extra-nasais**  
*Diogo Teixeira*; J. Lopes; A. Cristina Sousa; E. Ferreira, A. Baptista, C. Marques  
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
- 8:49 **C21 - Recidiva de carcinomas basocelulares após uma excisão convencional - experiência em centro terciário**  
*Bruno Duarte*<sup>1</sup>, L. Vieira<sup>2</sup>, L. Ribeiro<sup>2</sup>, T. Pessoa e Costa<sup>1</sup>; A. João<sup>1</sup>; A. Varanda<sup>2</sup>, J. Cabete<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venerologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central  
<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
- 8:56 **C22 - Tratamento de dermatite atópica com dupilumab na vida real – a experiência de um centro**  
*Maria Alexandra Rodrigues*<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>; T. Torres<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- 09:00-10:00 **Ecos dos Congressos**  
Moderadores - Paulo Lamarão (Lisboa), Evelina Ruas (Coimbra)
- 09:00 AAD Washington 2019 – Alexandra Azevedo (Porto)
- 09:10 ESPD Dubrovnik 2019 – Paula Maio (Vila Franca de Xira)
- 09:20 WCD Milão 2019 – Margarida Coelho (Lisboa), Joel Reis (Porto)
- 09:40 EADV Madrid 2019 – Mariana Esteves (Porto), Joana Calvão (Coimbra)
- 10:00-10:45 **Coffee-break e visita à exposição técnica**

- 10:45-12:30 **Novidades em Dermatologia e Venereologia**  
Moderadores - Alberto Mota (Porto), João Maia e Silva (Lisboa)
- 10:45 Novidades em Dermatopatologia - *Rui Bajanca* (Lisboa)
- 11:05 Novidades em Dermatologia Pediátrica - *Cristina Claro* (Lisboa)
- 11:25 Novidades em Infecções Sexualmente Transmissíveis - *João Borges da Costa* (Lisboa)
- 11:45 Novidades em Dermatologia Cosmética - *Isabel Correia* (Lisboa)
- 12:05 Novidades em Dermatologia Cirúrgica - *Mónica Caetano* (Porto)
- 12:30-13:30 **Almoço e visita à exposição técnica**
- 13:30-15:30 **Simpósio – Quo vadis Dermatologia**  
Moderadores - Rui Tavares Bello (Lisboa), Américo Figueiredo (Coimbra), António Pinto Soares (Lisboa)
- 13:30 Revolução digital e a Dermatologia - *Rui Tavares Bello* (Lisboa)
- 13:50 O Diagnóstico em Dermatologia - *Luís Soares de Almeida* (Lisboa)
- 14:10 Farmacoterapia em Dermatologia - *Sofia Magina* (Porto)
- 14:30 Tecnologias em Terapêutica Dermatológica - *Nuno Menezes* (Gaia)
- 14:50 O valor da/em Dermatologia. Quo vadis Dermatologia - *Paulo Varela* (Gaia)
- 15:10 Discussão
- 15:30-17:30 **Sessão de Casos Clínicos II** (4 min de apresentação mais 1 min de discussão)  
Moderadores – Alexandra Chaveiro (Lisboa), Ana Moreira (V.N. Gaia)
- 15:30 **CC19 - Doença de Morbihan em doente com Lúpus Túmido**  
**Tiago Fernandes Gomes<sup>1</sup>**, K. Kieselova<sup>1</sup>, F. Cunha<sup>2</sup>, F. Santiago<sup>3</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria  
<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria
- 15:35 **CC20 - Manchas café com leite em lactente**  
**Katarina Kieselová<sup>1</sup>**, T. Gomes, F. Santiago, M. Henrique  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria
- 15:40 **CC21 - Nódulo do couro cabeludo: apresentação de um adenocarcinoma anexial**  
**Tiago Fernandes Gomes<sup>1</sup>**, K. Kieselova<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>2</sup>, F. Cunha<sup>3</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria  
<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra  
<sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria
- 15:45 **CC22 - Dois fenótipos da dermatomiosite e sua associação com os novos autoanticorpos**  
**Joana Calvão<sup>1</sup>**, F. Alves, L. Santiago, M. M. Brites, M. Gonçalves  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 15:50 **CC23 - Dois casos de dermatite de contacto alérgica ao acrilato de isobornilo(İBOA) nos sensores de glicose**  
**Joana Calvão<sup>1</sup>**, M. Batista, M. Gonçalves  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 15:55 **CC24 - Carcinoma espinhocelular avançado: quando a cirurgia não basta**  
**Mariana Batista<sup>1</sup>**, A. Brinca<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do CHUC, Coimbra  
<sup>2</sup>Hospital da Luz, Lisboa
- 16:00 **CC25 - Tratamento de lipoma por lipo-sucção tumescente**  
**Filipa Tavares Almeida<sup>1</sup>**, A. Pinho<sup>2</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, E.P.E.  
<sup>2</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 16:05 **CC26 - Queratoacantomas eruptivos generalizados de Grzybowski**  
**Maria Relvas<sup>1</sup>**, J. Calvão, I. Coutinho, J. C. Cardoso  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 16:10 **CC27 - Lesão inguinal única - um caso de leucemia mieloide aleucémica**  
**Rebeca Calado<sup>1</sup>**, F. Alves, M. Brites, J. Cardoso  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento de Dermatologia
- 16:15 **CC28 - Fotossensibilidade como manifestação inicial de infeção por VIH**  
**Maria Relvas<sup>1</sup>**, F. Morgado, H. Oliveira, M. Gonçalves  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 16:20 **CC29 - Pioderma gangrenoso- da patergia à iatrogenia**  
**Rebeca Calado<sup>1</sup>**, M. Batista, M. Relvas, R. Vieira  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento de Dermatologia
- 16:25 **CC30 - Síndrome de hipercrecimento – um caso clínico**  
**Francisca Alves<sup>1</sup>**, F. Morgado<sup>1</sup>, Sérgio Sousa<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.  
<sup>2</sup>Serviço de Genética Médica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- 16:30 **CC31 - Morfeia linear em fase inflamatória – um caso exuberante**  
**Francisca Alves<sup>1</sup>**, M. Batista<sup>1</sup>, M. Salgado<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.  
<sup>2</sup>Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- 16:35 **CC32 - Granuloma Anular Profundo associado a Acetazolamida**  
**Maria José Guimarães<sup>1</sup>**, R. Caldas, F. Almeida, J. Gomes, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.
- 16:40 **CC33 - Sarcoidose cutânea recalcitrante – a propósito de um caso tratado com adalimumab**  
**Regina Caldas<sup>1</sup>**, O. Ferreira, J.C. Fernandes, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga
- 16:45 **CC34 - Líquen mixedematoso nodular – o primeiro caso familiar**  
**Regina Caldas<sup>1</sup>**, J. Gomes, F.T. Almeida, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga

- 16:50 **CC35 - Urticária ao Frio de difícil controlo tratada com Omalizumab**  
Maria José Guimarães, R. Caldas, F. Almeida, O. Ferreira, C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.
- 16:55 **CC36 - Rinofima ou algo mais?**  
Nuno Gomes<sup>1</sup>, A. Cerejeira<sup>2</sup>, E. Moreira<sup>3</sup>, C. Costa<sup>2</sup>, P. Pinho e Costa<sup>3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto;  
<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto;  
<sup>3</sup>Departamento de Genética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- 17:00 **CC37 - Pitiríase amiantácea associada a alopecia cicatricial**  
André Cerejeira<sup>1</sup>, D. Martins<sup>2</sup>, A. Pedrosa<sup>1,3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>3</sup>Departamento de Medicina, Serviço de Dermatologia e Venereologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 17:05 **CC38 - Linfoma cutâneo primário de centro folicular – a propósito de 2 casos clínicos**  
André Cerejeira<sup>1</sup>, N. Gomes<sup>1</sup>, P. Canão<sup>2</sup>, M. Brochado<sup>3</sup>, AM Barros<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>3</sup>Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto  
<sup>4</sup>Serviço de Microbiologia, Departamento de Patologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 17:10 **CC39 - Dermatose bolhosa IgA linear da infância – 10 anos de terapêutica pouco linear**  
Maria Alexandre Rodrigues<sup>1</sup>; S. Machado<sup>2</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- 17:15 **CC40 - Terapêutica biológica na psoríase durante gravidez e amamentação - a propósito de um caso clínico**  
Maria Alexandre Rodrigues<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>; T. Torres<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto  
<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- 17:20 **CC41 - Eczema desidrótico grave mimetizando queratoderma palmoplantar tratada eficazmente com oxibutinina sistémica**  
Joel Reis<sup>1</sup>; I. Lobo<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal  
<sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal  
<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

## 17:30 Encerramento

Júri dos Posters – Maria João Silva (Santarém), Paulo Morais (Amarante)



## Índice de Resumos

<b>Comunicações .....</b>	<b>1</b>
C01 - Terapia fotodinâmica – 15 anos de experiência num centro português de referência.....	1
C02 - (Re)definição dermatoscópica da doença de Bowen Pigmentada .....	1
C03 - Alterações cutâneas associadas a Diabetes Mellitus numa enfermaria de Medicina Interna .....	1
C04 - Infecções por <i>N. gonorrhoeae</i> num Hospital Terciário: estudo retrospectivo de 10 anos .....	1
C05 - Dermatoses vulvares não infecciosas: estudo retrospectivo .....	2
C06 - Tratamento da Síndrome Sézary com alemtuzumabe - experiência de um centro (2009-2019).....	2
C07 - Lesões orais induzidas pela infusão de linfócitos de dador – série de 11 doentes .....	2
C08 - Dermatose Perfurante Adquirida: correlação clínico-patológica de um período de 10 anos .....	3
C09 - Terapêutica de campo no cancro cutâneo não melanoma: avaliação histológica e molecular .....	3
C10 - Associação entre condilomas acuminados perianais e infeção pelo HPV no canal anal em MSM HIV+ – estudo observacional retrospectivo caso-controlo .....	3
C11 - A evolução do cancro cutâneo em 5 anos – experiência de uma consulta multidisciplinar .....	4
C12 - Calcifilaxia não-urémica: a experiência de um centro terciário .....	4
C13 - Bactérias multirresistentes em doentes com pé diabético: análise de um centro terciário português.....	4
C14 - Imunomodulação tópica com difenilciclopropenona para a alopecia areata .....	4
C15 - Reconstrução da columela: revisão de 3 casos .....	5
C16 - Plastia em Z associada ao encerramento primário de defeitos cirúrgicos faciais .....	5
C17 - Hipnoterapia no tratamento do prurido crónico idiopático refratário .....	5
C18 - Tuberculose latente e agentes biológicos: terão todos os doentes a obrigatoriedade de serem tratados? .....	5
C19 - Sarcoma de Kaposi – estudo retrospectivo de 10 anos .....	6
C20 - Versatilidade de retalhos bilobados para encerramento de defeitos extra-nasais.....	6
C21 - Recidiva de carcinomas basocelulares após uma excisão convencional - experiência um centro terciário.....	6
C22 - Tratamento de dermatite atópica com dupilumab na vida real – a experiência de um centro .....	7
<b>Casos Clínicos .....</b>	<b>7</b>
CC01 - Pustulose e osteoartropatia: da dificuldade diagnóstica à decisão terapêutica.....	7
CC02 - Linfoma epidermotrópico de células T associado EBV .....	7
CC03 - Agentes anti-TNF no Síndrome de Lyell: a propósito de um caso clínico .....	8
CC04 - Infecção por Herpes Simplex Tipo 1 a mimetizar Pioderma Gangrenoso Clássico .....	8
CC05 - Eritema Elevatum Diutinum em áreas de cicatriz pós-queimadura.....	8
CC06 - Tratamento de Penfigóide Bolhoso com Omalizumab: uma alternativa em formas graves e refratárias .....	9
CC07 - Mucormicose cutânea: uma causa rara de paniculite calcificante .....	9
CC08 - Pápulas, nódulos e tumores ulcerados numa criança de 15 meses.....	9
CC09 - Esteatohepatite secundária a Omalizumab .....	10
CC10 - Técnicas não invasivas no diagnóstico de larva migrans - Descrição de 3 casos .....	10
CC11 - Acanthose <i>nigricans</i> e <i>tripe palms</i> numa doente com obesidade e diabetes.....	10
CC12 - Tratamento Cirúrgico Do Sinus Pilonidal Com Sonda Radial De Laser Diodo .....	10
CC13 - Nevo epidérmico papular – Um caso familiar.....	11
CC14 - Metotrexato e Psoríase – Efeitos adverso inesperado? .....	11
CC15 - Stiff skin syndrome: uma entidade incomum de esclerose cutânea infantil .....	11
CC16 - Linfedema pubogenital na hidradenite supurativa crónica – uma complicação rara .....	11
CC17 - Pitiríase rotunda: uma dermatose rara .....	12
CC18 - Um caso de dermatose liquenóide blaschkóide .....	12
CC19 - Doença de Morbihan em doente com Lúpus Túmido .....	12
CC20 - Manchas café com leite em lactente .....	12
CC21 - Nódulo do couro cabeludo: apresentação de um adenocarcinoma anexial.....	13
CC22 - Dois fenótipos da dermatomiosite e sua associação com os novos autoanticorpos.....	13
CC23 - Dois casos de dermatite de contacto alérgica ao acrilato de isobornilo (IBOA) nos sensores de glicose.....	13
CC24 - Carcinoma espinhocelular avançado: quando a cirurgia não basta.....	14
CC25 - Tratamento de lipoma por lipo-sucção tumescente.....	14
CC26 - Queratoacantomas eruptivos generalizados de Grzybowski.....	14
CC27 - Lesão inguinal única - um caso de leucemia mieloide aleucémica .....	14
CC28 - Fotossensibilidade como manifestação inicial de infeção por VIH .....	15
CC29 - Pioderma gangrenoso- da patergia à iatrogenia .....	15
CC30 - Síndrome de hipercrecimento – um caso clínico .....	15
CC31 - Morfeia linear em fase inflamatória – um caso exuberante.....	16
CC32 - Granuloma Anular Profundo associado a Acetazolamida.....	16
CC33 - Sarcoidose cutânea recalcitrante – a propósito de um caso tratado com adalimumab.....	16
CC34 - Líquen mixedematoso nodular – o primeiro caso familiar .....	16
CC35 - Urticária ao Frio de difícil controlo tratada com Omalizumab.....	17
CC36 - Rinofima ou algo mais?.....	17

CC37 - Pitiríase amiantácea associada a alopecia cicatricial .....	17
CC38 - Linfoma cutâneo primário de centro folicular – a propósito de 2 casos clínicos .....	17
CC39 - Dermatose bolhosa IgA linear da infância – 10 anos de terapêutica pouco linear .....	18
CC40 - Terapêutica biológica na psoríase durante gravidez e amamentação - a propósito de um caso clínico .....	18
CC41 - Eczema desidrótico grave mimetizando queratodermia palmoplantar tratada eficazmente com oxibutinina sistêmica .....	18

## Posteres ..... 19

P01 - Míiase cutânea em idade pediátrica: caso clínico .....	19
P02 - Nevo de Spitz congénito de apresentação invulgar .....	19
P03 - Mastocitose cutânea - um caso exuberante em idade pediátrica .....	19
P04 - Manchas hipopigmentadas em idade pediátrica .....	20
P05 - Dermatite periorifical em idade pediátrica: o papel da corticoterapia inalada .....	20
P06 - Poroqueratose linear – A propósito de um caso clínico .....	20
P07 - Pitiríase rubra pilar em idade pediátrica eficazmente tratada por UVB de banda estreita .....	20
P08 - Pitiríase rubra pilar – a propósito de uma apresentação clínica incomum .....	21
P09 - Fluconazol oral no tratamento da leishmaniose cutânea: caso clínico .....	21
P10 - Doença de Hansen: diagnóstico a relembrar num mundo global .....	21
P11 - Púrpura Retiforme causada por <i>Morganella morganii</i> .....	22
P12 - Sinal de Hoagland .....	22
P13 - Onicomicose por fungos não dermatófitos – relato de 3 casos .....	22
P14 - Rosacea-like tinea barbae .....	23
P15 - Diagnóstico diferencial de erupção pustulosa .....	23
P16 - Detecção precoce de infeção usando a luz de Wood .....	23
P17 - Orf - relato de caso clínico .....	23
P18 - Uma forma rara de balanite .....	24
P19 - Nódulo da Irmã Mary Joseph como manifestação cutânea de adenocarcinoma gastrointestinal .....	24
P20 - Prurido intratável como manifestação de Linfoma T periférico .....	24
P21 - Acanthoma de células claras: a importância do reconhecimento de um padrão dermatoscópico .....	24
P22 - Eletroquimioterapia com administração de bleomicina intravenosa no tratamento de sarcoma de Kaposi .....	25
P23 - Melanoma numa unidade privada de saúde: estudo retrospectivo dos últimos 5 anos no Sams, Lisboa .....	25
P24 - Perfusão isolada de membro no tratamento de metástases em trânsito de carcinoma espinocelular .....	25
P25 - Síndrome de Nicolau após injeção subcutânea de Acetato de Glatirâmero .....	25
P26 - Lesões liquenóides orais induzidas pelo crizotinib .....	26
P27 - Reacção liquenoide tardia a pigmento exógeno de tatuagem .....	26
P28 - Pigmentação secundária à minociclina .....	26
P29 - The importance of patch testing in DRESS 10 years after .....	27
P30 - SDRIFE – continuar ou interromper a terapêutica? .....	27
P31 - Granuloma piogénico periungueal após tratamento com tofacitinib .....	27
P32 - Eficácia do tratamento com tofacitinib num caso de alopecia areata universal .....	27
P33 - Uso de produtos de aplicação facial e protetores solares na alopecia fibrosante frontal .....	28
P34 - Malformação Glomuvenosa - coexistência de várias formas clínicas num doente .....	28
P35 - Nevo de Ota com aparecimento na gravidez: um fenómeno raro .....	28
P36 - Pápulas e placas pruriginosas em mulher grávida .....	28
P37 - Tricoepitelioma múltiplo familiar .....	29
P38 - Eritema anular centrífugo de recorrência anual .....	29
P39 - Paniculite pancreática - uma variante rara de paniculite .....	29
P40 - Idiopathic aquagenic wrinkling of the palms .....	30
P41 - Retalho glabelar para encerramento de defeitos do epicanto medial e subunidades faciais adjacentes .....	30

## Comunicações

### C01 - Terapia fotodinâmica – 15 anos de experiência num centro português de referência

Regina Caldas, F.T. Almeida, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga

#### Introdução:

A terapia fotodinâmica (TFD) é uma técnica não-invasiva, que recorre a um agente fotossensibilizante (metil aminolevulinato) para destruição seletiva das células neoplásicas. Está aprovada para o tratamento da queratose actínica (QA), da doença de Bowen (DB) e do carcinoma basocelular, em particular o tipo superficial (CBCs). Este estudo teve como objetivo avaliar os resultados da TFD convencional no serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, um centro europeu de referência neste tratamento.

#### Métodos:

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, que consistiu na análise dos processos clínicos dos doentes submetidos a TFD convencional no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2018.

#### Resultados:

O estudo incluiu um total de 1144 doentes, sendo 58,1% do sexo feminino e 41,9% do sexo masculino. A idade mediana foi de 75 anos. Relativamente ao diagnóstico, 58,6% dos doentes tinham QA, 26,3% foram tratados por CBCs, 3,1% por DB e os restantes apresentavam outras indicações. Não se identificou nenhuma associação entre o sexo e o diagnóstico. Os doentes com QA eram 9,7 anos mais velhos que os doentes com CBCs ( $p < 0,001$ ). Os efeitos laterais mais relevantes da TFD foram a dor e a hipopigmentação cutânea. O tempo de seguimento médio dos doentes foi de 5,5 anos. Aquando da última consulta de seguimento, 99,5% das lesões permaneciam em remissão completa, tendo as recidivas ocorrido sobretudo durante o primeiro ano após o tratamento.

#### Conclusões:

Este estudo confirma a eficácia da terapia fotodinâmica e o seu perfil de tolerabilidade aceitável, com uma taxa de recidiva mínima.

### C02 - (Re)definição dermatoscópica da doença de Bowen Pigmentada

Rita Pimenta<sup>1</sup>, E. Arzberger<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, A. Laureano Oliveira<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>Department of Dermatology, Medical University of Graz, Graz, Austria;

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

A doença de Bowen pigmentada é uma variante incomum do carcinoma espinocelular in situ, representando 2 a 5% dos casos. A apresentação clínica é muitas vezes inespecífica, podendo mimetizar um largo espectro de lesões pigmentadas, incluindo queratoses actínicas pigmentadas, verrugas seborreicas, lentigos solares, carcinomas basocelulares pigmentados e melanoma. Os critérios dermatoscópicos descritos incluem áreas homogêneas hipopigmentadas e hiperpigmentadas, escamas, vasos glomerulares e /ou pontos (cinzentos e/ou castanhos) dispostos em linhas na periferia da lesão. No entanto, estas estruturas não são específicas da doença de Bowen e nem sempre são observadas.

Descrevemos assim as características dermatoscópicas de 24 casos de doença de Bowen pigmentada, comparando com os achados já descritos na literatura e salientando novos critérios, contribuindo para o aumento da precisão diagnóstica.

### C03 - Alterações cutâneas associadas a Diabetes Mellitus numa enfermaria de Medicina Interna

Maria José Guimarães, R.Caldas, F. Almeida, A.P. Vieira, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.

#### Introdução:

A diabetes mellitus (DM) é considerada a epidemia do mundo moderno e pode levar a complicações como neuropatia, nefropatia e retinopatia. Além destas, também a pele pode ser afetada. Embora frequentemente negligenciadas, as alterações cutâneas relacionadas com a DM podem afetar uma percentagem significativa de doentes. Este trabalho tem como objetivo determinar a prevalência de diferentes alterações cutâneas em doentes com DM internados numa enfermaria de Medicina Interna.

#### Materiais e métodos:

Foi realizado um estudo observacional analítico prospetivo, conduzido numa enfermaria de Medicina Interna em que foram incluídos indivíduos com DM, internados entre março a outubro de 2018. Foi consultado o processo clínico dos participantes e realizada uma avaliação do tegumento cutâneo durante o internamento, no sentido de estabelecer se existiam alterações relacionadas com DM, como dermopatia diabética, necrobiose lipídica diabética, granuloma anular, bolhose diabética, pé diabético, xerose ou infeções cutâneas.

#### Resultados:

Foram incluídos 125 doentes, 50,4% dos quais do sexo masculino, com uma média de idades de 75,5 anos. A duração média da DM dos doentes foi de 13 anos e 10 meses e a HbA1C média dos doentes foi de 6,85%, sendo que 68% destes apresentavam um bom controlo metabólico, com HbA1C  $\leq 7\%$ . Na amostra estudada, 85,6% dos doentes apresentava algum tipo de manifestação cutânea da DM. A maioria dos diagnósticos foi de patologia infecciosa cutânea (63,2% dos doentes), nomeadamente infeções fúngicas. Os restantes diagnósticos, por ordem decrescente de prevalência foram a xerose cutânea (48,4% dos doentes), dermopatia diabética (20% dos doentes) e pé diabético (9,6%). Não se observaram associações estatisticamente significativas com o controlo metabólico, tempo de duração da DM ou tipo de tratamento.

#### Conclusão:

As alterações cutâneas são uma complicação muito prevalente dos doentes com DM. É importante reconhecer e tratar precocemente estas alterações, para um melhor e mais integrado seguimento destes doentes.

### C04 - Infeções por *N. gonorrhoeae* num Hospital Terciário: estudo retrospectivo de 10 anos

Catarina Queirós<sup>1</sup>, J. Borges da Costa<sup>1,2,3</sup>, L. Lito<sup>4</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>, J. Melo Cristino<sup>2,4</sup>

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

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

<sup>3</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa

<sup>4</sup>Laboratório de Microbiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Introdução: As infeções sexualmente transmissíveis (IST) continuam a ser um problema de saúde pública a nível mundial, sendo a infeção por *Neisseria gonorrhoeae* a segunda IST bacteriana mais frequente na atualidade. Embora tradicionalmente considerada curável, o crescente número de estirpes de *N. gonorrhoeae* resistentes aos antimicrobianos é, hoje em dia, um problema de saúde pública global. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência desta infeção e as tendências de resistência aos antimicrobianos nos últimos 10 anos, nas estirpes isoladas no Laboratório de Microbiologia do Hospital Santa Maria.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de todos os casos de infeção por *N. gonorrhoeae* confirmados laboratorialmente entre 2009 e 2018. Foram estudadas as susceptibilidades à penicilina, tetraciclina, ciprofloxacina, azitromicina e cefotaxima, bem como características demográficas e clínicas dos pacientes incluídos.

Resultados: Entre 2009 e 2018, foram diagnosticados no nosso centro 440 casos de infeção por *N. gonorrhoeae*, com um aumento anual significativo nesse período ( $p < 0,05$ ). A maioria dos casos ocorreu no sexo masculino (97,9%), com mediana de idades de 25 anos. Em 88,7% dos casos, a terapêutica instituída foi a associação de ceftriaxone e azitromicina. A resistência às tetraciclina e ciprofloxacina permaneceu elevada durante todo o período do estudo. Por outro lado, a resistência à penicilina foi diminuindo progressivamente ao longo dos anos. A referenciação a uma consulta de Venereologia permitiu diminuir os casos de IST posteriores.

Discussão: A resistência da *N. gonorrhoeae* aos antimicrobianos surgiu logo após a introdução destes últimos. Para combater este problema, são necessárias melhorias na vigilância e mais estudos combinando dados epidemiológicos e de suscetibilidade. No nosso estudo, concluímos que as estirpes de *N. gonorrhoeae* da nossa população permanecem altamente suscetíveis aos antimicrobianos atualmente recomendados para o seu tratamento. Não obstante, continuam a ser necessárias intervenções eficazes que permitam controlar estas infeções.

## C05 - Dermatoses vulvares não infecciosas: estudo retrospectivo

Rita Bouceiro-Mendes<sup>1</sup>, M. Mendonça-Sanches<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2</sup>, I. Correia-Fonseca<sup>1</sup>, J. Borges da Costa<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

<sup>3</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa

Introdução: As dermatoses vulvares são relativamente frequentes e constituem uma fonte de considerável mal-estar físico e psicológico para o paciente. A região vulvar pode ser afetada por várias dermatoses inflamatórias e neoplásicas cuja apresentação clínica se confunde, sendo por vezes atípica, o que poderá exigir a realização de uma biópsia cutânea.

Objetivos: Caracterizar as dermatoses vulvares não infecciosas com confirmação histológica num hospital central durante um período de 10 anos.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de todas as dermatoses vulvares não infecciosas com confirmação histológica, diagnosticadas na nossa instituição entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2017.

Resultados: A amostra incluiu um total de 323 pacientes, com idades compreendidas entre os 11 e 113 anos (idade média de 54,6 anos) tendo sido identificadas 36 dermatoses diferentes. As dermatoses neoplásicas foram as mais diagnosticadas, principalmente as máculas melanóticas da vulva (23,3% dos casos). A doença de Bowen (6,2% dos casos) e o carcinoma espinocelular (5,6% casos) foram os tumores malignos mais frequentemente documentados. Em relação às dermatoses inflamatórias, o líquen escleroso foi de longe a mais prevalente (12,7% dos casos).

Conclusões: Este estudo destaca a variedade de dermatoses não infecciosas que podem afetar a região vulvar. O conhecimento destas patologias é essencial para o seu correto diagnóstico e tratamento, de forma a melhorar a qualidade de vida das pacientes com dermatoses vulvares.

## C06 - Tratamento da Síndrome Sézary com alemtuzumabe - experiência de um centro (2009-2019)

Sandra Ferreira<sup>1</sup>, I. Fernandes<sup>1,2,3</sup>, R. Cabral<sup>2,3</sup>, M. Lima<sup>2,3</sup>

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

<sup>2</sup> Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos e Mastocitoses, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: A Síndrome de Sézary (SS) é um subtipo raro de linfoma primário cutâneo de células T leucemizado, com sobrevida média de 36 meses. Devido à sua raridade, são praticamente inexistentes ensaios clínicos controlados, sendo as recomendações terapêuticas baseadas sobretudo em estudos retrospectivos e opiniões de peritos.

Objetivos: Avaliar a eficácia do tratamento de doentes com SS com alemtuzumabe subcutâneo em baixa dose.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com SS de uma consulta multidisciplinar de linfomas cutâneos, tratados com alemtuzumabe.

Resultados: Entre 2009 e 2019, foram tratados com alemtuzumabe subcutâneo em baixa dose (10 mg, 3 vezes/semana, 6-12 semanas) 28 doentes com SS, tendo constituído primeira linha terapêutica em 20. Foi feita profilaxia primária para reativação de CMV com valganciclovir e para infeção por *Pneumocystis jirovecii* com Sulfametoxazole/Trimetoprim. Vinte doentes responderam ao tratamento, sendo que 75% alcançaram resposta clínica e hematológica completa. A resposta foi sustentada, com mediana de tempo até progressão de 11 meses. Doze doentes receberam 2º tratamento com alemtuzumabe, sendo que 9 obtiveram resposta, com mediana de tempo até progressão de 8 meses. Cinco doentes foram ainda submetidos a um terceiro tratamento, com benefício e mediana de tempo até progressão de 6 meses. A mediana de sobrevida global foi de 92 meses. Verificaram-se 6 casos de reativação assintomática de Citomegalovirus (resolvidas com suspensão temporária), 1 caso de reativação de *Mycobacterium tuberculosis* (tratado com sucesso) e 4 casos de outras infeções oportunistas graves; estas últimas ocorreram em doentes muito tratados, com outras terapêuticas imunossupressoras e em fase terminal da doença.

Conclusões: O nosso estudo confirmou que o tratamento com alemtuzumabe é eficaz na maioria dos doentes com SS, permitindo respostas clínicas completas prolongadas, com melhoria substancial da qualidade de vida. Foi observada uma mediana de sobrevida global superior ao descrito na literatura.

## C07 - Lesões orais induzidas pela infusão de linfócitos de dador – série de 11 doentes

Nuno Gomes<sup>1</sup>, E. Vigarinos<sup>2</sup>, A. Huynh<sup>3</sup>, C. Borel<sup>3</sup>, C. Recher<sup>3</sup>, I. Brito<sup>4</sup>, V. Sibaud<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Oral, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França;

<sup>3</sup> Departamento de Hematologia Clínica, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França;

<sup>4</sup> Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto, Portugal;

<sup>5</sup> Departamento de Oncodermatologia, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França.

Introdução: A infusão de linfócitos de dador (ILD) é usada para tratar várias neoplasias hematológicas após transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), de modo a potenciar o efeito do enxerto *versus* tumor. A toxicidade mais comum, significativa e expectável é a doença do enxerto *versus* hospedeiro (DEVH).

Objetivos: Avaliar o atingimento oral nos casos de DEVH após ILD num hospital terciário.

Material e métodos: Análise retrospectiva observacional de série de casos com DEVH oral após ILD realizados entre janeiro 2016 e dezembro 2018.

Resultados: Foram identificados 11 doentes adultos com DEVH oral de entre 36 doentes tratados com ILD. A maioria foi tratada por leucemia mieloide aguda (82%). O tempo médio entre o TCPH e a primeira ILD foi de 12 meses. O dador da ILD era compatível e não relacionado em 64% dos doentes. No total, realizaram-se 26 infusões. O tempo médio entre a última ILD e a DEVH foi de 48 dias. A maioria dos doentes apresentou exantema cutâneo concomitante às manifestações orais. A DEVH oral correspondeu a reação líquenóide em 10 doentes e a maioria também apresentou xerostomia. As áreas mais comumente envolvidas foram a mucosa jugal e a língua. Todos os doentes fizeram tratamento local de suporte.

Discussão: Foi considerado que todos os doentes desenvolveram DEVH aguda baseado no *timing* de aparecimento e exantema cutâneo concomitante. Esta revisão mostra que as alterações orais da DEVH aguda após ILD assemelham-se à DEVH crónica após TCPH. Características como gengivite, mucosite, eritema e dor oral são observados na DEVH aguda e crónica. Porém, achados líquenóides e xerostomia são claramente mais associados à DEVH crónica.

Conclusão: A DEVH aguda com atingimento oral após ILD pode apresentar-se comumente com características líquenóides. A principal limitação deste estudo é o seu caráter retrospectivo.



## C08 - Dermatose Perfurante Adquirida: correlação clínico-patológica de um período de 10 anos

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, C. Queirós<sup>1</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa (UNL) – Lisboa, Portugal.

**Introdução:** A dermatose perforante adquirida (DPA) é uma entidade clínico-patológica rara, caracterizada por eliminação transepidérmica de componentes do tecido conjuntivo da derme. A maioria dos casos desenvolvem-se em adultos com patologias sistémicas, em particular diabetes mellitus (DM) e doença renal crónica (DRC). O objetivo deste estudo foi caracterizar um grupo de indivíduos com o diagnóstico de DPA, com ênfase nas doenças sistémicas associadas e na resposta à terapêutica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os doentes diagnosticados com DPA entre Janeiro/2009 e Dezembro/2018, no Serviço de Dermatologia do Hospital de Santa Maria.

**Resultados:** Incluídos 57 doentes, 29 dos quais do género masculino (50,9%). A idade média de diagnóstico foi de 61,3 anos (intervalo 37-96 anos). Trinta e sete doentes tinham lesões em múltiplas áreas anatómicas (61,4%), sendo os membros inferiores a localização mais frequente (N=40; 70,2%).

Quarenta e seis doentes reportaram prurido (80,7%) e foi classificado como grave por 21 (36,8%). O diagnóstico clínico de DPA foi considerado em 23 doentes (40,4%). Em 53 indivíduos (53,0%) foi identificada uma doença sistémica associada, sendo as mais frequentes a DM (n=28; 49,1%), a DRC (n=16; 28,1%), as patologias psiquiátricas (n=11; 19,3%), as neoplasias (n=9; 15,8%) e as infeções crónicas (n=8; 14,0%). Seis doentes (10,5%) tinham diagnóstico prévio de outra dermatose: quatro com psoríase (7,0%), um com eczema atópico e outro com penfigóide bolhoso.

A terapêutica mais prescrita foi a combinação de corticoesteróides tópicos de elevada potência com anti-histamínicos, mas apenas 37,8% tiveram uma resposta completa. A acitretina, os corticoesteróides sistémicos e a fototerapia foram os tratamentos com melhores resultados.

**Discussão:** A DPA pode desenvolver-se em associação com um conjunto de patologias sistémicas que têm o prurido como fator comum. As infeções virais crónicas e uma neoplasia oculta devem ser procuradas, particularmente na ausência de DM e DRC. O tratamento da DPA é desafiante e requer o controlo do prurido e das doenças sistémicas associadas.

## C09 - Terapêutica de campo no cancro cutâneo não melanoma: avaliação histológica e molecular

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>, M. Caetano<sup>1,2</sup>, M. Selores<sup>1-3</sup>, A. Coelho<sup>4</sup>, R. Vyscaino<sup>4</sup>, B. Leal<sup>3,5</sup>, C. Lemos<sup>3,5</sup>, B. Martins<sup>3,5</sup>, P. Pinho e Costa<sup>3,5</sup>

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

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto

<sup>3</sup>Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (ICBAS-UP)

<sup>4</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto

<sup>5</sup>Departamento de Patologia e Imunologia Molecular do ICBAS-UP

**Introdução:** A queratose actínica (QA) surge numa área de pele cronicamente exposta à radiação solar, designada de campo de cancerização. Neste podem estar presentes outras lesões de QA ou mesmo carcinoma espinocelular, bem como lesões subclínicas com potencial de evolução. O objetivo do estudo foi averiguar se em áreas de pele cronicamente exposta a radiação solar, mas sem lesões clínicas de QA, estão

presentes alterações histológicas e moleculares semelhantes às identificadas nas lesões de QA.

**Métodos:** Foram incluídos 26 doentes com diagnóstico clínico de QA. Em cada doente foram realizadas 3 biópsias: local 1, com lesão clínica de QA; local 2, sem lesão clínica que dista 1 cm do local 1; local 3, sem lesão clínica que dista 5 cm do local 1. Cada uma das três amostras de pele foi enviada para estudo anatomopatológico, imunohistoquímico e molecular. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos de todos os participantes.

**Resultados:** O estudo incluiu 26 doentes com diagnóstico clínico de QA, 92% do sexo masculino, com uma mediana de idades de 78 anos. Confirmou-se histologicamente a lesão clínica de QA em 88% dos doentes. Verificou-se a presença de displasia ligeira a moderada em 56% das amostras sem lesão clínica, sendo evidente displasia em 70% das amostras localizadas a 1 cm da QA confirmada clínica e histologicamente. Foi também avaliada na mesma localização a expressão dos genes p53 e Tenascina C e do antigénio ki-67.

**Conclusão:** Este estudo demonstrou a presença de alterações histológicas e moleculares semelhantes às identificadas nas lesões de QA em áreas de pele fotoexposta que podem distanciar-se até 5 cm da lesão clínica. Assim reforça-se a necessidade de uma abordagem terapêutica a todo o campo de cancerização e não dirigida apenas às lesões clinicamente diagnosticadas.

## C10 - Associação entre condilomas acuminados perianais e infeção pelo HPV no canal anal em MSM HIV+ – estudo observacional retrospectivo caso-controlo

André Cerejeira<sup>1</sup>, S. Cunha<sup>2</sup>, R. Coelho<sup>3</sup>, G. Macedo<sup>3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C.Lisboa<sup>1,4</sup>

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

<sup>2</sup>Aluna MIMED, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>3</sup>Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto

<sup>4</sup>Serviço de Microbiologia, Departamento de Patologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O condiloma acuminado (CA) anogenital é a doença sexualmente transmissível mais frequente, sendo causado pelo HPV. A infeção persistente por tipos oncogénicos deste vírus é fator de risco para doença pré-maligna e maligna.

**Objetivo:** Comparar doentes MSM, HIV positivos com CA perianais, com uma população controlo, sem CA perianais, relativamente à presença de HPV no canal anal e de doença associada a esta infeção.

**Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, caso-controlo, de doentes com CA perianais, com idade ≥18 anos, seguidos numa consulta de IST entre janeiro de 2010 e junho de 2018.

**Resultados:** Foram incluídos 78 indivíduos MSM e HIV positivos (39 casos e 39 controlos).

Relativamente aos doentes com condilomas perianais, a idade mediana foi de 30 (21-60) anos, e sífilis foi a IST concomitante mais frequente (10/39; 26%). A citologia do canal anal evidenciou alterações em 72% (28/39) dos indivíduos e a pesquisa de HPV no canal anal foi positiva em 87% (34/39), sendo que todos (34/34) apresentaram pelo menos um genótipo de alto risco oncogénico. Biópsia de lesão do canal anal foi realizada em 56% (22/39), tendo-se registado condiloma acuminado em 11 casos (28%) e carcinoma *in situ* em 3 (8%).

A respeito dos controlos, a idade mediana foi de 35 (23-52) anos, sendo sífilis também a IST mais frequente (22/39; 56%). Em 38% (15/39) dos doentes foram registadas alterações na citologia do canal anal. A pesquisa de HPV foi positiva em 77% (30/39) dos doentes, dos quais 97% (29/30) apresentaram pelo menos um genótipo de alto risco oncogénico. Em 6 doentes com lesão do canal anal foi realizada biópsia, identificando-se condiloma acuminado em todos eles.

**Conclusões:** A presença de CA perianais pode ser um marcador de doença pré-maligna/maligna associada ao HPV no canal anal. Neste grupo de risco para infeção HPV, a abordagem multidisciplinar é crucial, devendo realizar-se um exame físico cuidado, incluindo inspeção visual da área, bem como anoscopia.

## C11 - A evolução do cancro cutâneo em 5 anos – experiência de uma consulta multidisciplinar

Ana Filipe Monteiro<sup>1</sup>, J Barbosa<sup>2</sup>, M Rafael<sup>3</sup>, M Cravo<sup>3</sup>, A Ortins-Pina<sup>3</sup>, Consulta Multidisciplinar de Cancro Cutâneo, C Moura<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

<sup>2</sup>Serviço Dermatologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

<sup>3</sup>Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, (IPOLFG), Lisboa, Portugal

### Introdução:

A incidência de Melanoma maligno (MM) e de cancro cutâneo não-melanoma (CCNM) está a aumentar na população mundial. Apesar deste reconhecimento muito dos seus aspetos epidemiológicos estão ainda por caracterizar em Portugal.

### Materiais e Métodos:

Foram formadas duas amostras de doentes oncológicos, escolhidas aleatoriamente, comparando diferenças ao longo dos últimos 5 anos. Para isso, foram analisados processos clínicos de doentes discutidos em reunião Multidisciplinar de Cancro Cutâneo do Serviço de Dermatologia do Instituto Português de Oncologia Cutânea, durante os meses de Julho e Agosto de 2014 e de 2019.

### Resultados:

Em 2014 foram observados 73 doentes com uma média 64,5 anos, 65 com MM e 8 com CCNM. Na amostra MM verificou-se um Breslow médio de 4,02mm, 49,2% não-ulcerados e 35,4% ulcerados. Observou-se a seguinte distribuição relativamente ao estadio clínico: I-21,5%; II-7,7%; III-46,2%; IV-23,1%.

Em 2019 foram observados 137 doentes com uma média de 69,4 anos, 93 com MM e 44 com CCNM. Na amostra de MM, verificou-se um Breslow médio de 3,88mm, 46,2% não-ulcerados e 32,3% ulcerados. Observou-se a seguinte distribuição relativamente ao estadio clínico: I-12,9%; II-4,3%; III-40,8%; IV-8,6%. Trinta destes doentes encontravam-se em fase de estadiamento. Na amostra CCNM, o carcinoma espinocelular foi o mais frequente (29-65,9%), dos quais 13 irressecáveis e 9 com metástases loco-regionais ou à distância. Dos doentes com carcinoma basocelular (CBC) observados (7-15,9%), 4 apresentavam invasão local agressiva e 2 doentes apresentavam múltiplos CBCs.

### Discussão/Conclusão:

O número de doentes examinados em consulta multidisciplinar duplicou nos últimos 5 anos, com um aumento significativo de doentes com CCNM, muitos deles avançados, com maiores dimensões e localmente mais agressivos. Relativamente ao grupo com MM, temos um número significativamente mais elevado de doentes, embora a tendência se mantenha tanto a nível de espessura dos tumores, ulceração e com tendência para diminuição dos doentes estadioIV.

## C12 - Calcifilaxia não-urémica: a experiência de um centro terciário

José Miguel Neves, A. Brasileiro, C. Fernandes

Serviço de Dermatovenereologia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

### Introdução

A calcifilaxia cutânea é uma condição rara e potencialmente fatal, caracterizada pela calcificação rapidamente progressiva dos vasos de pequeno e médio calibre. Clinicamente manifesta-se por placas violáceas dolorosas, com padrão livedoide, localizadas sobretudo nos membros inferiores, que evoluem para úlceras necrotizantes. Associa-se classicamente à doença renal crónica terminal. A calcifilaxia não urémica (CUN) é extremamente incomum, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico.

### Materiais e métodos

Efectuou-se uma avaliação retrospectiva de todos os diagnósticos de CUN (calcifilaxia na presença de taxa de filtração glomerular >15ml/min) diagnosticados entre Janeiro 2013 e Janeiro 2019.

### Resultados

Sete doentes foram diagnosticados com CUN. Todos os doentes apresentavam fototipos II/III, observando-se predominância do sexo feminino (n=6; 86%) e idade média de 70 anos. A úlcera de perna de rápida deterioração foi a manifestação clínica dominante (n=6; 86%). Relativamente aos factores de risco associados, destacam-se a obesidade (n=5; 71%), diabetes mellitus (n=4; 57%), doença inflamatória crónica (n=4; 57%) e fármacos, (varfarina (n=3; 43%) e corticóides sistémicos (n=3; 43%)). Quatro doentes receberam apenas tratamento local, tendo sido registados dois óbitos e uma amputação. Numa doente houve remissão completa, com a suspensão de corticoterapia sistémica. Os dois doentes restantes, foram tratados com bifosfonados, e controle dos factores de risco associados, associando-se, num caso, tiossulfato de sódio, devido a úlceras de perna extensas bilaterais, com completa resolução das manifestações de calcifilaxia.

### Conclusão

A CUN consiste numa entidade extremamente rara, de difícil abordagem. Os factores de risco mais associados: são o sexo feminino, etnia caucasiana, desequilíbrios do metabolismo fosfo-cálcico, doenças inflamatórias crónicas, diabetes mellitus e o uso de determinados fármacos. Dados sobre as medidas terapêuticas óptimas são limitados. Deve ser priorizado o controlo dos factores de risco, sendo que o uso de agentes quelantes de cálcio (bifosfonados ou tiossulfato de sódio) tem registado resultados positivos.

## C13 - Bactérias multirresistentes em doentes com pé diabético: análise de um centro terciário português

Tomás Pessoa e Costa; B. Duarte; M. Coelho; A. João; JM.

Neves; F. Rocha Páris; J. Neves

Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A antibioterapia empírica no pé diabético com infecção aguda tem sido limitada pelo aparecimento de bactérias multirresistentes (MDR), as quais parecem associar-se a resultados clínicos desfavoráveis. A sua prevalência e o impacto clínico continua pouco estudado a nível nacional, apesar da sua relevância individual e em saúde pública. Foi sugerida a cobertura empírica destes agentes com piperacilina/tazobactam, devendo ser adicionada cobertura para MRSA nos doentes de risco.

Métodos: Estudo coorte retrospectivo numa unidade multidisciplinar terciária de pé diabético. Foi analisado o primeiro isolamento microbiológico de todos os doentes internados por pé diabético com infecção aguda grave durante o ano de 2018. Foram também analisados dados referentes a comorbilidades e duração de internamento. A análise estatística foi efetuada pelo teste chi-quadrado de Pearson e modelo de regressão de Cox.

Resultados: Foram incluídos 74 doentes e isolados 112 micro-organismos, dos quais 22% multirresistentes. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre infecções MDR e internamentos no último ano ( $p=0.003$ ). O MRSA foi o agente multirresistente mais frequente. 64.7% das bactérias MDR (excluindo MRSA) eram resistentes à piperacilina/tazobactam. Estas bactérias associaram-se a internamentos mais prolongados [HR: 2.22 (IC 95%: 0.87 - 5.67)  $p=0.096$ ].

Discussão e Conclusão: Neste estudo, observou-se uma elevada proporção de infecções por bactérias MDR, estando particularmente em risco os doentes com internamentos no último ano. As infecções por MRSA foram adequadamente cobertas por linezolida. As restantes infecções por MDR apresentaram uma elevada resistência ao esquema de antibioterapia empírico proposto e associaram-se a internamentos mais prolongados. O nosso estudo reforça a importância de uma monitorização contínua do perfil microbiológico dos doentes com pé diabético infectado, com ajuste frequente dos protocolos de antibioterapia empírica.

## C14 - Imunomodulação tópica com difenilciclopropenona para a alopecia areata

Ana Sofia Borges; A. Brasileiro; R. Ramos Pinheiro; A. Lencastre

Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** A imunoterapia tópica com difenilciclopropenona (DPCP) é uma opção terapêutica em casos de alopecia areata (AA) extensa ou refratária.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivos avaliar a eficácia clínica e tolerabilidade da terapia com DPCP, em doentes com AA, e identificar possíveis fatores prognósticos da resposta ao tratamento.

**Métodos:** Realizámos um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes diagnosticados com AA e tratados com DPCP no Serviço de Dermatologia do Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central.

Foram incluídos vinte e um doentes (15 mulheres e 6 homens). No geral, nove pacientes (42.9%) tiveram algum crescimento de cabelo com a terapia DPCP. Destes, cinco (55.6%) tiveram crescimento do pêlo terminal pigmentado, mas com áreas de alopecia persistentes. Apenas um doente atingiu > 90% de reponte capilar. A idade mais avançada e a maior extensão da doença à apresentação, assim como a presença de distrofia ungueal foram fatores estatisticamente significativos de mau prognóstico ( $p < 0,05$ ). Atopia e disfunção tiroideia não foram estatisticamente significativos como preditores de pior resultado terapêutico com DPCP. Efeitos adversos foram documentados em 15 doentes, sendo na maioria de ligeira gravidade não implicando a interrupção do tratamento.

**Conclusão:** O tratamento com DPCP é uma opção de tratamento viável em pacientes com AA extensa, embora a resposta seja parcial na maioria dos casos. As limitações deste estudo incluem a sua natureza retrospectiva e a amostra reduzida de doentes.

## C15 - Reconstrução da columela: revisão de 3 casos

**Mariana Batista, A. Pinho, A. Brinca, R. Vieira**  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A columela é uma das subunidades nasais mais difíceis de reconstruir pela sua particularidade anatómica, vascularização deficitária e escassa disponibilidade de pele adjacente.

Apresentam-se três defeitos cirúrgicos da columela submetidos a reconstrução.

**Caso 1:** mulher de 62 anos com carcinoma basocelular recorrente na columela e vestíbulo nasal. Após excisão radical, a reconstrução foi realizada com um retalho de Nelaton.

**Caso 2:** mulher de 70 anos com um volumoso carcinoma espinhocelular moderadamente diferenciado que ocupava a totalidade da columela. Após excisão através de cirurgia de Mohs, a reconstrução foi realizada com um retalho nasolabial tunelizado.

**Caso 3:** mulher 86 anos com um carcinoma basocelular nodular que ocupava a metade anterior da columela. A reconstrução foi realizada com duplo retalho de transposição do lábio superior.~

As principais opções reconstrutivas para a columela incluem o enxerto de pele total, enxerto composto auricular, retalhos nasolabiais e retalhos frontais. A escolha do melhor procedimento deve ter em conta a idade do doente bem como a extensão de defeito cirúrgico. O retalho de Nelaton, um retalho nasolabial interpolado (implica 2 tempos operatórios), apresenta maior complexidade cirúrgica embora com resultado cosmético compensador. O retalho nasolabial modificado sendo mais fácil de executar implica um discreto desvio da columela. O retalho de transposição do lábio superior, um procedimento mais simples, pela escassa disponibilidade de pele adjacente, origina uma queda da ponta do nariz. Pode constituir uma boa opção em doentes de idade mais avançada.

## C16 - Plastia em Z associada ao encerramento primário de defeitos cirúrgicos faciais

**Filipa Tavares Almeida<sup>1</sup>, M. Batista<sup>2</sup>, A. Pinho<sup>2</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>**

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

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

A plastia em Z é uma técnica cirúrgica classicamente utilizada na correção de cicatrizes. Trata-se da dupla transposição de dois retalhos triangulares adjacentes, resultando numa cicatriz com a forma da letra Z. Este procedimento é especialmente vantajoso quando a incisão cirúrgica não é paralela às linhas de tensão da pele, pois permite o reposicionamento dos vetores de tensão, tendendo a um resultado cosmético mais favorável e prevenindo retrações cicatriciais.

Apresentamos uma série de cinco defeitos cirúrgicos faciais, respetivamente resultantes da excisão de nevo organoide na região frontotemporal esquerda, de dois carcinomas basocelulares (região frontal e região supraciliar esquerda) e de dois lentigos malignos (região malar direita e região maxilar esquerda). Devido à forma e dimensão destas lesões, as linhas de incisão não acompanharam as linhas de tensão da pele. Todos os defeitos foram submetidos a sutura direta associada a plastia em Z múltipla (4 casos) e simples (1 caso). A evolução pós-operatória foi favorável em todos os doentes, sem complicações e com bom resultado cosmético e funcional.

A plastia em Z permite a obtenção de um resultado cosmético ótimo, aliado a preservação da função e simetria. Constitui uma excelente opção se a direção da incisão não coincidir com as linhas de tensão ou se o encerramento puder condicionar deformação de estruturas anatómicas relevantes. A plastia em Z pode ser associada ao encerramento primário ou a alguns retalhos, com a desvantagem de induzir um acréscimo de consumo de tempo e de complexidade técnica, mas com vantagem compensadora no resultado cosmético obtido.

## C17 - Hipnoterapia no tratamento do prurido crónico idiopático refratário

**Jorge Lopes, M. Teixeira, D. Teixeira, C. Sousa, A. Baptista, A. Moreira**  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/  
Espinho

O prurido, definido como a sensação desagradável que desperta o desejo de coçar, é uma patologia com uma prevalência considerável na nossa população. É um sintoma debilitante e com forte impacto na qualidade de vida do doente. O prurido crónico (presente há mais de 6 semanas) pode ser secundário a dermatoses inflamatórias, a patologia sistémica, entre outros. No entanto, grande proporção de casos apresenta etiologia desconhecida, mesmo após investigação cuidada.

Por se tratar de uma patologia com marcado componente psicossomático, a hipnoterapia configura uma possível opção terapêutica. Apresentamos um estudo prospetivo, de braço único, com o objetivo de avaliar a eficácia da hipnoterapia no tratamento destes doentes. Após exclusão das etiologias mais frequentes, foram selecionados 6 doentes com prurido crónico refratário. Foram desenhadas sessões de hipnose individualizadas para cada doente, atendendo às necessidades específicas de cada um. Foram aplicadas escalas de prurido, de qualidade de vida e de ansiedade. Após um período de 12 semanas, a hipnoterapia revelou-se uma abordagem eficaz no tratamento destes doentes, com reduções significativas do prurido e impacto positivo na qualidade de vida dos doentes.

## C18 - Tuberculose latente e agentes biológicos: terão todos os doentes a obrigatoriedade de serem tratados?

**Álvaro Machado<sup>1</sup>, M. Abreu<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>, T. Torres<sup>1,3,4</sup>**

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

<sup>2</sup> Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>4</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

### Introdução

Nos últimos anos foram desenvolvidos tratamentos biológicos altamente específicos para a psoríase. Dados de segurança revelaram um risco elevado de reativação de tuberculose latente com inibidores do TNF- $\alpha$ ,

enquanto os inibidores da IL-17A e da IL-23 poderão estar associados a um risco inferior.

#### Casos clínicos

Apresentam-se dois doentes, homem de 56 anos e mulher de 76 anos de idade, ambos com antecedentes de tuberculose pulmonar no passado, cujo esquema terapêutico é desconhecido, com psoríase em placas moderada a grave sem resposta ao tratamento convencional, tendo sido propostos para tratamento biológico. No estudo pré-tratamento, assumiu-se o diagnóstico de tuberculose latente por IGRA positivo, prova de Mantoux positiva e alterações radiológicas pulmonares. Por toxicidade à isoniazida, no primeiro, e risco elevado de toxicidade devido à idade e comorbilidades, na segunda, e impossibilidade de tratamento com rifampicina, decidiu-se não tratar a tuberculose latente. Iniciaram secukinumab, atingindo resposta PASI 100 e PASI 90, respetivamente, após seis semanas. Atualmente, com um e dois anos de tratamento, respetivamente, mantêm excelente controlo da psoríase e não se observou reativação da tuberculose.

#### Discussão

A utilização de agentes biológicos é fonte de preocupação pelo risco reativação de tuberculose, especialmente com os anti-TNF- $\alpha$ . Adicionalmente, o risco de toxicidade de quimioprofilaxia não é negligenciável. A tuberculose é causada por um patógeno intracelular que gera uma resposta Th1, na qual o TNF- $\alpha$  é uma molécula chave. Pelo contrário, a IL-17A desempenha um papel protetor nas barreiras mucosas e epiteliais, mediando a eliminação de patógenos extracelulares. Desta forma, teoricamente, a utilização de anti-IL-17A estará associada a um baixo risco de tuberculose. Apresentamos dois casos de psoríase com tuberculose latente não tratada, tratados com secukinumab, um anti-IL-17A, e sem evidência de reativação da tuberculose, podendo representar uma opção terapêutica em doentes que não são candidatos ao tratamento da tuberculose latente.

## C19 - Sarcoma de Kaposi – estudo retrospectivo de 10 anos

Joana Calvão, M.M. Brites, J.C. Cardoso, R. Vieira

Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** O sarcoma de Kaposi (SK) é um tumor angioproliferativo associado à infeção pelo herpes vírus humano tipo 8 (HHV8). Distinguem-se 4 variantes: clássica, endémica, iatrogénica e epidémica.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com SK diagnosticados no Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no período 2010-2019, com descrição e análise de variáveis demográficas, clínicas, histopatológicas, terapêuticas e evolutivas.

**Resultados:** Foram identificados 38 doentes, a maioria do sexo masculino (87%), com mais de 40 anos de idade (95%) e caucasianos (82%). A variante epidémica predominou com 16 casos, seguida da clássica (12 casos) e da iatrogénica (10 casos). Vinte e seis doentes eram imunodeprimidos: 16 com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), 7 transplantados (6 renais e 1 cardíaco), e 3 imunodeprimidos por outras causas. As lesões elementares mais frequentemente observadas foram as pápulas/nódulos (53%), com localização nos membros inferiores em 59% dos doentes. A maioria apresentava doença paucifocal (menos de 10 lesões em 53% dos casos). As localizações extracutâneas (mucosas, ganglionares e/ou viscerais) ocorreram em 37% dos casos, a maioria dos quais em imunodeprimidos (78%), particularmente no contexto de VIH (82%). O envolvimento visceral foi gastrointestinal em todos os casos, concomitantemente pulmonar em 3 deles. Registaram-se diversas opções terapêuticas (revisão da imunossupressão farmacológica, introdução de antirretrovirais, terapias locais – excisão cirúrgica, laser CO<sub>2</sub>, criocirurgia, radioterapia – e sistémicas – doxorubicina, bleomicina, vinorelbina, vimblastina, interferão alfa e paclitaxel). Respostas completas ou parciais foram observadas em 2/3 dos casos; houve estabilização da doença em 2 e progressão em 4 casos. Treze doentes viriam a falecer, apenas 2 por progressão da doença.

**Conclusões:** O SK é mais comum em homens. As variantes associadas à imunossupressão são mais comuns e associam-se com maior probabilidade a envolvimento extracutâneo.

## C20 - Versatilidade de retalhos bilobados para encerramento de defeitos extra-nasais

Diogo Teixeira; J. Lopes; A. Cristina Sousa; E. Ferreira, A. Baptista, C. Marques

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

#### INTRODUÇÃO:

O retalho bilobado foi descrito pela primeira vez em 1918, tendo sofrido algumas alterações ao longo dos anos. Embora a sua indicação principal seja o encerramento de defeitos de 0.5-1.5 cm de diâmetro no terço inferior do nariz, este retalho pode ser utilizado em outras áreas.

#### MATERIAL E MÉTODOS:

Reportamos 3 casos de doentes submetidos a excisão radical de tumores cutâneos em localização extra-nasal dos quais resultaram defeitos posteriormente encerrados com um retalho bilobado.

#### RESULTADOS:

Três doentes com neoplasia cutânea foram submetidos a exérese radical, dos quais resultaram defeitos no 1) dorso do dedo da mão (1.5 cm); 2) mento (7 cm); 3) região frontotemporal (4.5 cm). O encerramento dos defeitos foi feito com recurso a um retalho bilobado. Os retalhos mostraram boa viabilidade, tendo o período pós-operatório decorrido sem complicações. A reavaliação aos 3 meses demonstrou excelente resultado estético e funcional.

#### DISCUSSÃO:

Apesar da sua indicação inicial para defeitos nasais, o retalho bilobado pode ser uma boa alternativa mesmo para defeitos em áreas anatómicas muito diferentes. Estes casos permitiram demonstrar a capacidade de grande mobilização de tecido, mantendo boa viabilidade, poucas complicações e com excelentes resultados estéticos.

## C21 - Recidiva de carcinomas basocelulares após uma excisão convencional - experiência um centro terciário

Bruno Duarte<sup>1</sup>, L. Vieira<sup>2</sup>, L. Ribeiro<sup>2</sup>, T. Pessoa e Costa<sup>1</sup>; A. João<sup>1</sup>; A. Varanda<sup>2</sup>, J. Cabete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**INTRODUÇÃO** O tratamento mais comum do carcinoma basocelular é a cirurgia convencional. Enquanto o risco de recidiva após uma excisão incompleta é melhor conhecido (e controverso), o risco após uma excisão dita completa está, até à data, pouco estudado. Por outro lado, a identificação pré-operatória dos doentes com maior risco de recidiva futura permitiria melhorar o planeamento cirúrgico e a escolha da modalidade terapêutica.

**MÉTODOS** Estudo coorte retrospectivo de carcinomas basocelulares tratados com cirurgia convencional em diferentes serviços cirúrgicos de um centro hospitalar terciário português, entre 2008 e 2014, que cumpriram follow-up mínimo de 54 meses. O *endpoint* primário foi a recidiva clínica. A análise estatística foi efetuada segundo o modelo de regressão de Cox.

**RESULTADOS** Foram analisados 2306 carcinomas basocelulares (2100 primários, 206 recorrentes). Verificaram-se 80 (4%) recidivas nos 1980 tumores completamente excisados e 83 (23,9%) recidivas nos 348 incompletamente excisados. No primeiro grupo, observou-se uma forte associação entre recidiva e: tumor recorrente [*adjusted Hazard Ratio* (aHR) 2,20 (intervalo de confiança (IC) 95%: 1,26-3,84), p=0,006], diagnóstico clínico pré-operatório incorrecto [aHR 2,75 (IC 95%: 1,68-4,50), p<0,001], e cirurgia em localização de alto risco [aHR 2,18 (IC 95%: 1,08-4,40), p<0,030]. As pálpebras [aHR 6,42 (IC 95%: 2,38-17,34), p<0,001], a região pré-auricular [aHR 2,41 (IC 95%: 0,89-6,48), p=0,082] e o nariz [aHR 2,02 (IC 95%: 0,92-4,47), p=0,081] foram as regiões anatómicas com maior associação a recidiva.

A análise não-ajustada identificou uma tendência para maior recidiva de lesões tratadas por não-Dermatologistas, reconstrução com retalhos e subtipos histológicos agressivos. Contudo, estas associações não atingiram significado estatístico na análise multivariada de risco.



**CONCLUSÃO** Neste centro terciário, a recidiva de carcinomas basocelulares após excisão completa associa-se sobretudo a localizações de alto risco, designadamente pálpebras, região pré-auricular e nariz. O controlo de margens cirúrgicas antes da reconstrução definitiva do defeito poderá mitigar estas recidivas.

## CC22 - Tratamento de dermatite atópica com dupilumab na vida real – a experiência de um centro

Maria Alexandra Rodrigues<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>; T. Torres<sup>1,2,3</sup>

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

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

**Introdução:** A dermatite atópica é uma patologia cutânea crónica caracterizada por prurido intenso, alteração da função de barreira e aumento de susceptibilidade a infecções cutâneas. A interleucina (IL) 4 e IL-13 têm um papel central na fisiopatologia da doença. O dupilumab é um anticorpo monoclonal contra a sub-unidade alfa do receptor da IL-4, bloqueando a IL-4 e IL-13, tendo sido recentemente aprovado em Portugal para o tratamento da dermatite atópica moderada a grave.

**Métodos:** revisão retrospectiva dos registos clínicos dos doentes com dermatite atópica tratados com dupilumab no nosso centro.

**Resultados:**

7 doentes com dermatite atópica grave (escala Investigator's General Assessment para dermatite atópica - IGA-AD 4) iniciaram dupilumab entre fevereiro e junho de 2019. A maioria dos doentes é do sexo masculino (5/7), com idade média de 34.3 anos (desvio padrão de 17.4 anos). Todos apresentavam co-morbilidades atópicas (mais frequentes asma e rinite alérgica). 5 dos 7 doentes foram diagnosticados na infância e apenas 1 apresentava menos de 10 anos de duração de doença. Todos apresentavam falência terapêutica a múltiplos tratamentos orais (incluindo metotrexato, ciclosporina) e fototerapia, assim como prurido importante com interferência no sono. Todos responderam ao dupilumab, com melhoria das lesões em todas as escalas utilizadas e diminuição marcada do prurido. Também se constatou uma descida da IgE. Em relação à segurança, até à data apenas se reportaram 2 casos de conjuntivite ligeira com resolução após tratamento tópico e 1 caso de herpes labial simples. Todos os doentes se mantêm em tratamento e reportam melhoria da qualidade de vida.

**Discussão:**

O dupilumab é o primeiro biológico aprovado para o tratamento da dermatite atópica moderada a grave e constitui o início de uma nova era na abordagem desta patologia. Os resultados do nosso centro confirmam boa resposta clínica associada a um bom perfil de segurança na vida real.

## Casos Clínicos

### CC01 - Pustulose e osteoartropatia: da dificuldade diagnóstica à decisão terapêutica

Francisco Gil<sup>1</sup>, P. Mariano<sup>2</sup>, S. Silva<sup>2</sup>, J. Gil<sup>3</sup>, E. Calmeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

<sup>2</sup>Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

<sup>3</sup>Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

**Introdução:** A síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) é rara, congregando manifestações dermatológicas e osteoarticulares em ciclos de exacerbação-remissão. Diversas terapêuticas foram reportadas, com resultados frequentemente desencorajadores, especialmente no tratamento da componente dermatológica.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 50 anos, recorre por placas eritematosas nas palmas e plantas, com pústulas e descamação associadas, compatíveis com pustulose palmoplantar. Havia cumprido tratamento com

corticosteróides e análogos da vitamina D tópicos e acitretina e metotrexato, sem eficácia. Desenvolveu, posteriormente, episódios de dor torácica e lombar, de ritmo inflamatório, objectivando-se eritema, edema, calor e dor na articulação esternoclavicular direita. Referia rigidez matinal e limitação funcional. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. A pesquisa de autoanticorpos, HLA-B27, factor reumatóide e serologias infecciosas revelou-se negativa. O cintigrama ósseo evidenciou hipercaptação nas articulações torácicas, particularmente esternoclavicular direita, ilíaco esquerdo e 4ª interfalângica proximal direita. Neste ponto, a conjugação da clínica, com lesões cutâneas e envolvimento osteoarticular, com os resultados laboratoriais e imagiológicos, nomeadamente o "bull's head sign" cintigráfico, permitiu o diagnóstico da síndrome SAPHO. Introduziu-se corticoterapia oral e bifosfonato, com resposta satisfatória do quadro osteoarticular e normalização dos parâmetros inflamatórios, mas refractariedade da pustulose palmoplantar. Após acréscimo da ciclosporina ao esquema terapêutico verificou-se uma melhoria evidente da pustulose, apenas com o surgimento ocasional de lesões discretas, mantendo a remissão do quadro osteoarticular e respectivas queixas álgicas, sem efeitos adversos.

**Conclusão:** A pustulose palmoplantar e a inflamação esternoclavicular e axial são as manifestações mais comuns da síndrome SAPHO. Os critérios diagnósticos propostos requerem validação e não existem protocolos terapêuticos estabelecidos devido à raridade da entidade. Diversas abordagens foram instituídas empiricamente, com resultados diversos. Reportamos a combinação de ciclosporina, corticoterapia oral em baixa dose e bifosfonato como eficaz e segura na indução de remissão e estabilização das manifestações cutâneas e osteoarticulares na síndrome SAPHO.

### CC02 - Linfoma epidermotrópico de células T associado EBV

Rita Pimenta<sup>1</sup>, A. Martins<sup>2</sup>, G. Esteves<sup>2</sup>, J. Raposo<sup>2</sup>, W. Kempf<sup>3,4</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,5</sup>, P. Leal-Filipe<sup>1,5</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>Kempf und Pfaltz Histologische Diagnostik, Zúrique, Suíça;

<sup>4</sup>Department of Dermatology, University Hospital Zurich, Zúrique, Suíça;

<sup>5</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

**Introdução:**

A infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) pode estar implicada no desenvolvimento de doenças linfoproliferativas, incluindo de linhagem B, T e NK, desde indolentes a muito agressivas. O envolvimento cutâneo é frequente, podendo ser primário ou secundário, assim como a primeira manifestação da doença.

**Caso clínico:**

Mulher de 56 anos, caucasiana, sem antecedentes de relevo, recorreu à urgência de dermatologia por placas eritematosas infiltrativas, algumas ulceradas, de crescimento progressivo, disseminadas pela face, tronco e membros, com 3 meses de evolução. A doente referia febre e sudorese noturna desde há duas semanas. À observação eram ainda evidentes adenomegalias axilares e hepatoesplenomegália. Analiticamente, destacava-se anemia, leucopenia, trombocitopenia e elevação da LDH, ferritina e triglicéridos. A biópsia cutânea revelou infiltração da epiderme e derme por células linfóides atípicas de tamanho pequeno a médio (positivas para CD3, CD4, granzima-B, perforina, TIA-1, focalmente para CD30 e negativas para CD2, CD5, CD8, CD20, CD56), com índice proliferativo muito elevado. Todas estas células eram positivas para EBV. A biópsia ganglionar axilar e osteomedular revelaram infiltrado semelhante, e foi documentada uma carga viral plasmática de EBV de 1459457 cópias/ml. Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de linfocitose hemofagocítica associada a linfoma epidermotrópico de células T, EBV+. A doente foi medicada com rituximab e iniciou quimioterapia com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposido e prednisolona (CHOEP). No entanto, a doente faleceu um mês depois na sequência de complicações infecciosas.

**Discussão:**

As doenças linfoproliferativas associadas ao EBV constituem um grupo heterogéneo, com comportamento biológico variável. A distinção entre as várias entidades representa muitas vezes um desafio e requer integração

clínico-patológica. Neste caso, o diagnóstico diferencial incluiu linfoma NK/T extraganglionar de tipo nasal, linfoma de Células T Periféricas, SOE e infecção crônica ativa a EBV. Apresentamos este caso não só pela sua raridade, mas também pela dificuldade no diagnóstico deste grupo de linfomas.

### CC03 - Agentes anti-TNF no Síndrome de Lyell: a propósito de um caso clínico

Catarina Queirós<sup>1</sup>, J. Pacheco<sup>2</sup>, M. Ribeiro<sup>2</sup>, F. Rato<sup>2</sup>, A. Lacerda<sup>3</sup>, F. Xambre<sup>2,4</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,5</sup>, P. Filipe<sup>1,5</sup>

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

<sup>2</sup>Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>4</sup>Unidade de Queimados, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>5</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** O síndrome de Lyell é uma emergência dermatológica caracterizada pelo descolamento maciço da epiderme e do epitélio das mucosas, habitualmente 1 a 3 semanas após a toma de um fármaco. Apesar de se tratar da toxidermia com mais elevada taxa de mortalidade, a raridade desta entidade leva a que não existam, na atualidade, orientações terapêuticas definidas para esta patologia.

**Caso clínico:** Jovem de 23 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por exantema maculopapular generalizado, em algumas áreas com formação de bolhas, a que se associava exsudado ocular purulento e erosões na cavidade oral e canal vaginal. Da história pregressa havia a destacar a toma de etoricoxibe e metamizol cerca de 2 semanas antes. Perante a hipótese de Síndrome de Stevens-Johnson, a doente iniciou terapêutica com imunoglobulina humana (1g/kg/dia durante 5 dias), associada a medidas de suporte. No entanto, nos dias seguintes assistiu-se a uma progressão para Síndrome de Lyell, com atingimento de 99% da superfície corporal e disfunção multiorgânica. Perante este agravamento, foi decidido iniciar dexametasona em pulsos de 1g/dia durante 3 dias, associados à administração de dose única de infliximab 450mg. Após esta terapêutica foi objetivada uma evolução francamente positiva, com re-epitelização total e resolução da disfunção multiorgânica, possibilitando a alta ao fim de 40 dias.

**Discussão:** Os elementos mais importantes no tratamento do Síndrome de Lyell são a interrupção imediata do fármaco responsável e a instituição de medidas de suporte. Outras opções terapêuticas reportadas na literatura incluem a imunoglobulina intravenosa, a plasmaferese ou os imunossuppressores sistémicos, embora nenhuma destas esteja formalmente recomendada. Recentemente, e com base num maior conhecimento da fisiopatologia desta condição, o infliximab tem sido utilizado em alguns doentes, com resultados promissores, semelhantes aos observados no nosso caso. São, portanto, necessários mais estudos que avaliem o potencial destes agentes numa patologia potencialmente fatal.

### CC04 - Infecção por Herpes Simplex Tipo 1 a mimetizar Pioderma Gangrenoso Clássico

Miguel Alpalhão<sup>1,2,3</sup>; J. Antunes<sup>1,2,3</sup>; JA. Ferreira<sup>2,3</sup>; L. Soares-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, Universidade de Lisboa, Lisboa.

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

Uma mulher caucasiana de 16 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, foi referenciada à nossa Consulta de Dermatologia por suspeita de Pioderma Gangrenoso.

A doente relata o aparecimento de pústulas sobre placa eritematosa com cerca de 5mm de diâmetro na face anterior da perna direita, 3 meses antes da nossa observação.

Esta lesão evoluiu nos três dias seguintes para uma úlcera exsudativa, com cerca de 10mm de diâmetro, com fundo amarelado e bordos eritematosos elevados.

Nos três meses que se seguiram, cumpriu terapêuticas sucessivas com bacitracina tópica (2 semanas), corticoterapia tópica de muito alta potência *bid* em oclusão (4 semanas), prednisolona oral 0.5 mg/kg/dia (12 dias) e co-trimoxazol 160+800mg *bid* (2 semanas). Manteve, apesar das terapêuticas, agravamento progressivo da lesão, com queixas algícas intensas. Por refractariedade, foi referenciada à nossa consulta.

Observámos úlcera com 35mm de diâmetro, fundo amarelo, com exsudado e tecido desvitalizado, apresentando bordos eritemato-violáceos elevados. À periferia desta úlcera, identificámos um lago de pus sobre base eritematosa. Foi realizada biopsia cutânea para histopatologia e bacteriologia. Iniciou prednisolona oral 1 mg/kg/dia, admitindo o diagnóstico de Pioderma Gangrenoso clássico.

O estudo bacteriológico isolou *Pseudomonas aeruginosa* e *Actinomyces odontolyticus*, que motivou início de piperacilina-tazobactam 4.5g 6/6h. A histopatologia revelou achados patognomónicos de infecção herpética, que viria a ser confirmada por PCR positiva para Herpes Simplex tipo 1.

A corticoterapia foi suspensa e iniciou aciclovir endovenoso 10mg/kg 8/8h. Após 1 semana, teve alta medicada com valaciclovir 1g 8/8h e cuidados de penso. Um mês após início do antiviral, a úlcera encontrava-se cicatrizada.

Este caso retrata uma manifestação rara de uma patologia frequente, que se confunde com a manifestação clássica de uma dermatose mais rara. O diagnóstico de Pioderma Gangrenoso é um de exclusão, pelo que é imprescindível excluir todas as outras causas de ulceração, quando consideramos esta hipótese diagnóstica.

### CC05 - Eritema Elevatum Diutinum em áreas de cicatriz pós-queimadura

Rita Bouceiro-Mendes<sup>1</sup>, P.M. Garrido<sup>1</sup>, H. Kutzner<sup>2</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>Laboratório de Dermatopatologia, Friedrichshafen, Germany

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

**Introdução:** O eritema elevatum diutinum (EED) é uma vasculite leucocitoclástica crónica e rara, clinicamente caracterizada por pápulas, placas e nódulos eritemato-violáceos ou acastanhados preferencialmente localizados nas superfícies extensoras dos membros. As lesões são geralmente assintomáticas, embora alguns doentes possam referir ardor. Trata-se de uma patologia com etiologia ainda desconhecida, aparentemente relacionada com a deposição de complexos autoimunes nos vasos sanguíneos. Pode estar associada a infecções, neoplasias hematológicas ou doenças autoimunes, que é essencial excluir face ao diagnóstico de EED. **Descrição do caso:** Doente de 30 anos, sexo masculino, fototipo IV de Fitzpatrick, com múltiplas cicatrizes hipertróficas localizadas no tronco, membros superiores e inferiores, resultantes de queimadura há cerca de 20 anos. Observado por placas eritematosas, localizadas exclusivamente nas áreas das cicatrizes, com três dias de evolução. O doente referia ardor. Tinha história de odinofagia 4 dias antes do início do quadro. A investigação

laboratorial não demonstrou evidências de doença infecciosa, autoimune ou neoplásica. A biópsia cutânea realizada foi compatível com EED. O doente foi medicado com creme de dipropionato de betametasona 0.05% e prednisolona oral (0.5mg/kg/dia) durante 7 dias com resolução total do quadro. Mantém-se clinicamente bem aos 3 meses de seguimento.

.Discussão: Tendo em conta o carácter crónico do EED e a possível associação a doenças sistémicas subjacentes, é fundamental o seu correto diagnóstico. Por este motivo, e dada a raridade do EED, é importante que apresentações clínicas atípicas sejam descritas. Foi já reportada por alguns autores uma vertente com envolvimento essencialmente palmo-plantar. Destacamos neste caso o padrão clínico, ainda não descrito, das lesões de EED, localizadas exclusivamente em tecido cicatricial antigo o que poderá evidenciar um fenómeno “de memória” e uma localização preferencial do EED por tecido cicatricial. O nosso período de *follow-up* é curto e o doente necessita de manter seguimento por risco de recidiva.

## CC06 - Tratamento de Penfigóide Bolhoso com Omalizumab: uma alternativa em formas graves e refratárias

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, MI. Alexandre<sup>2</sup>, AR. Travassos<sup>1</sup>, MD. Reis<sup>1</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

Introdução: O penfigóide bolhoso é uma dermatose bolhosa auto-imune cuja incidência parece estar a aumentar, salientando-se o crescente número de casos em diabéticos tratados com inibidores DDP-4.

A terapêutica baseia-se na utilização de corticoesteróides tópicos e/ou sistémicos. Os fármacos imunomoduladores/imunossuppressores como a azatioprina, o metotrexato e a dapsona podem ser usados como terapêutica poupadora de corticoesteróides. O omalizumab é um anticorpo monoclonal dirigido a IgE livre que foi recentemente reportado como eficaz em formas refratárias de penfigóide bolhoso.

Caso Clínico: Mulher de 76 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, com controlo metabólico precário, medicada com vildagliptina há cerca de um ano, foi internada por dermatose disseminada e pruriginosa com um mês de evolução, caracterizada por bolhas tensas e erosões sobre base eritematosa. O exame histopatológico, a imunofluorescência direta e o doseamento de anticorpos IgG anti-BP180 e anti-230 permitiram o diagnóstico de penfigóide bolhoso. A abordagem terapêutica inicial foi a suspensão do inibidor DDP-4 e a associação de prednisolona 30 mg (0,5 mg/Kg/dia) com betametasona 0,05% creme. Contudo, com elevação dos valores de glicemia apesar de ajuste diário de insulino-terapia, foi reduzida a dose de prednisolona para 10 mg/dia e iniciada azatioprina 100 mg/dia. Foi ainda realizado um ciclo de imunoglobulina endovenosa (IgIV) 2g durante 5 dias, com progressiva melhoria e alta hospitalar. Após duas semanas desenvolveu quadro compatível com antraz do dorso, associado a bacteriemia a *S. aureus*. A doente foi re-internada, de tendo sido medicada com antibiótico e suspensa a terapêutica corticoesteróide e imunossupressora, com resolução de quadro infeccioso, mas agravamento da dermatose. Neste momento foi introduzido omalizumab 300 mg SC, com controlo da dermatose ao fim da terceira administração, sem novas bolhas e com boa evolução cicatricial das lesões e controlo do prurido.

Conclusão: O omalizumab parece ser uma alternativa terapêutica eficaz e segura no tratamento do penfigóide bolhoso em doentes com contra-indicações ou que são refratários aos fármacos convencionais.

## CC07 - Mucormicose cutânea: uma causa rara de paniculite calcificante

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, R. Pimenta<sup>1</sup>, H. Kutzner<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Dermatopathologie Friedrichschafen – Friedrichschafen, Alemanha

<sup>3</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

Introdução: A mucormicose cutânea é uma infeção oportunista da pele por fungos da classe *Zygomycota*, que se desenvolve maioritariamente em indivíduos imunocomprometidos.

Histopatologicamente, a apresentação mais característica é a presença de granulomas supurativos na derme profunda e tecido celular subcutâneo, acompanhados de hifas não septadas no lúmen e na parede dos vasos sanguíneos, que se encontram frequentemente trombosados.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, com diagnóstico de carcinoma de células renais, com metastização pulmonar e cerebral, sob terapêutica com Sunitinib.

Referenciada à especialidade de Dermatologia por dermatose com duas semanas de evolução, localizada às pernas, constituída por placas eritemato-violáceas, com extensas áreas de ulcerações necróticas. Colocada a hipótese diagnóstica de vasculite.

Realizada biópsia cutânea, que demonstrou uma paniculite predominantemente lobular, calcificante, com extensas áreas de necrose de adipócitos e adipócitos fantasma, caracterizados pela ausência de núcleo e por um citoplasma basofílico. O exame histopatológico foi, assim, sugestivo de paniculite pancreática. Contudo, na avaliação laboratorial não havia aumento dos níveis séricos de amilase ou lipase ou evidência de alteração do metabolismo fósforo-cálcio.

As colorações PAS e Grocott permitiram identificar numerosas hifas fúngicas não-septadas, com parede espessa e ramificação variável em ângulos agudos a retos distribuídas nas áreas de necrose e na parede dos vasos sanguíneos. O estudo PCR da biópsia cutânea permitiu identificar o fungo *Rhizopus oryzae*.

As hemoculturas realizadas não identificaram qualquer microrganismo.

A doente foi submetida a desbridamento cirúrgico da lesão, mas faleceu após uma semana, antes da conclusão do diagnóstico histopatológico, impossibilitando início de terapêutica antifúngica.

Discussão: A mucormicose é uma infeção rara, associada a uma elevada taxa de mortalidade, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de uma paniculite calcificante, particularmente em indivíduos imunocomprometidos.

## CC08 - Pápulas, nódulos e tumores ulcerados numa criança de 15 meses

José Miguel Neves, R. Ramos Pinheiro; A. João; M. J. Paiva Lopes

Serviço de Dermatovenereologia - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Descrição

Apresenta-se um caso de uma criança do género masculino, de 15 meses de idade, com uma dermatose papulo-nodular, de aparecimento súbito, com duas semanas de evolução. Não apresentava antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Ao exame objectivo apresentava-se febril (39°C), com múltiplas pápulas, nódulos e tumores eritematosos, ulcerados, indolores, alguns com crosta necrótica central, distribuídos pelo tronco, membros, região genital e pálpebra superior. Analiticamente, salienta-se uma anemia microcítica grave (Hb: 7.4g/dL; VGM 53.3fL) e elevação dos parâmetros inflamatórios (Proteína C Reactiva: 87.6mg/dL; Velocidade de sedimentação: 45mm/h). Não se observou atipia no esfregaço de sangue periférico. O paciente foi hospitalizado. Foram colhidas amostras para cultura microbiológica (incluindo micobactérias) e micológica, sem isolamentos. Uma biópsia cutânea foi realizada cuja histopatologia revelou um infiltrado linfocítico dérmico denso composto por células pleomórficas CD3 e CD4 positivas com ninhos de células grandes CD30 positivas, estando presentes mitoses atípicas e focos de necrose. Estabeleceu-se o diagnóstico de Papulose Linfomatoide tipo A. Foi realizado apenas tratamento de suporte e a remissão clínica espontânea foi documentada 14 semanas depois do início do quadro.

**Discussão:**

A papulose linfomatóide é uma doença crónica, auto-imitada, clinicamente caracterizada por uma dermatose papulonodular, com potencial afeção de qualquer localização. O seu diagnóstico é estabelecido através da histopatologia, com características de linfoma maligno CD30 positivo. A papulose linfomatóide é actualmente classificada pela OMS como uma doença linfoproliferativa de células T CD30 positivas. O seu pico de incidência encontra-se na quinta década de vida, sendo a sua instalação em idade pediátrica, extremamente rara. Clínico-patologicamente não se observam diferenças entre adultos e crianças. Histologicamente apresenta seis variantes, sem apresentar diferentes implicações terapêuticas ou prognósticas. O seu prognóstico é excelente, remetendo espontaneamente. Não obstante a sua benignidade clínica, é um factor de risco para a emergência de linfomas malignos, necessitando de vigilância a longo-prazo.

**CC09 - Esteatohepatite secundária a Omalizumab**

Ana Sofia Borges, S. Santos, P. Duarte, A. Brasileiro

Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** Omalizumab é um anticorpo monoclonal humanizado anti-imunoglobulina E, aprovado para o tratamento da urticária crónica espontânea. Dentro dos seus efeitos adversos mais frequentes relata-se a ocorrência de cefaleias, pirexia e reacções no local da injeção (eritema, edema, dor), não havendo casos de hepatotoxicidade descritos na literatura. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 40 anos, seguido em consulta de Dermatologia por urticária crónica espontânea (UCE) grave (UAS7 25-35) iniciou Omalizumab 300mg a cada 4 semanas por via subcutânea. Inicia, cerca de 4 meses após início do fármaco, quadro de enfartamento pós-pandrial com elevação persistente das transaminases e gama-GT, sem outras alterações analíticas ou dos exames imagiológicos (tomografia axial computadorizada e ecografia abdominais). Dada a inexistência de outra causa plausível de afeção hepática (dislipidemia, álcool, infeção vírica, síndrome metabólica) interrompeu-se a administração do fármaco com normalização analítica, mas agravamento franco da dermatose. Perante a refractariedade a outras opções terapêuticas e ao significativo impacto na qualidade de vida do doente, foi decidido em conjunto com a hepatologia, a reintrodução da terapêutica com Omalizumab, assistindo-se novamente a subida das transaminases. Foi submetida a biópsia hepática com diagnóstico histopatológico compatível com esteatohepatite de baixo grau. Dada a ausência de outras opções terapêuticas num doente com UCE grave e baixo grau de inflamação hepática, foi mantida a terapêutica com Omalizumab, sempre com controlo analítico muito apertado.

**Discussão:** Tradicionalmente, esteatohepatite não alcoólica é definida como infiltração de gordura no parênquima hepática em doentes sem consumo de álcool, considerando-se esteatohepatite quando, para além de esteatose, existe também inflamação e vacuolização dos hepatócitos. Para o diagnóstico de esteatohepatite induzida por fármaco é necessário a presença de um padrão bioquímico e histológico de lesão hepática, relação temporal entre a toma do fármaco suspeito e início de afeção hepática assim como melhoria da função hepática após interrupção do fármaco.

Relatamos o primeiro caso de esteatohepatite associada com grande probabilidade à terapêutica com Omalizumab.

**CC10 - Técnicas não invasivas no diagnóstico de larva migrans - Descrição de 3 casos**

Rita Pimenta<sup>1</sup>, V. Sousa<sup>2</sup>, P. Garrido<sup>1</sup>, A. Laureano Oliveira<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Fundação Champalimaud, Lisboa;

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

**Introdução:** A *larva migrans* cutânea é uma infestação originada pela invasão e migração de larvas de nemátodes na pele. A dermatose é tipicamente adquirida em países tropicais ou subtropicais, sendo a maior parte dos casos diagnosticados em Portugal referentes a turistas ou imigrantes que regressaram dessas áreas. O diagnóstico é geralmente clínico, contudo os exames auxiliares de diagnóstico podem ser necessários em casos atípicos. A

dermatoscopia e a microscopia confocal de reflectância (MCR) são técnicas de imagem não invasivas que permitem a identificação da larva no seu trajecto.

**Casos clínicos:**

Apresentamos três doentes, com idades compreendidas entre os 8 e 40 anos, observados em consulta de Dermatologia por lesões pruriginosas, eritematosas, localizadas numa extremidade e com vários dias de evolução. Todos os doentes referiam viagem recente a um país tropical. A avaliação por dermatoscopia mostrou áreas homogêneas de coloração castanho translúcido, com distribuição serpiginosa. Em dois doentes, procedeu-se também à realização de MCR que revelou disrupção do padrão normal em “favo de mel” da epiderme, com formação de espaços negros e tortuosos. Identificou-se ainda uma estrutura hiperrefratária com forma de “S” movimentando-se nestes túneis, correspondendo a larva migrans. Os doentes foram então medicados com albendazol, tendo-se observado regressão da dermatose.

**Discussão:**

Recentemente, técnicas não invasivas como a dermatoscopia e a MCR têm vindo a complementar a avaliação de dermatoses infecciosas. Estes métodos podem contribuir não só para o diagnóstico, como também para avaliar os efeitos do tratamento e as possíveis recidivas.

**CC11 - Acantose nigricans e tripe palms numa doente com obesidade e diabetes**

Margarida Moura Valejo Coelho; C. Fernandes

Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa

**Introdução:** A acantose *nigricans* (AN) caracteriza-se clinicamente pela presença de placas hiperpigmentadas, aveludadas ou verrucosas, em áreas intertriginosas. É uma manifestação cutânea de doença sistémica, mais frequentemente associada a condições benignas (80%), como obesidade, insulino-resistência e diabetes. Menos frequentemente pode constituir uma dermatose paraneoplásica, com início súbito, envolvimento extenso e rápida progressão, designada AN maligna (ANM), habitualmente associada a neoplasias intra-abdominais, sobretudo adenocarcinomas, destacando-se os tumores gástricos. O diagnóstico da ANM pode coincidir com ou suceder o da neoplasia, ou mesmo precedê-lo e constituir uma pista diagnóstica.

**Caso clínico:** Uma mulher de 69 anos, com obesidade (IMC 39kg/m<sup>2</sup>), diabetes insulino-dependente, dislipidemia e hipertensão arterial, foi observada por dermatose com um ano de evolução e rapidamente progressiva, caracterizada pelo aparecimento de placas cinzento-acastanhadas aveludadas no pescoço, axilas e períneo, e incontáveis queratoses seborreicas disseminadas; nas pálpebras, ocupadas na totalidade pelas lesões, observava-se ptose e ectrópio. A doente referia ainda sensação de secura e espessamento cutâneo palmares e xerostomia. Negava sintomas constitucionais, gastrointestinais, genito-urinários e respiratórios. A observação dermatológica era compatível com a presença de AN e de “*tripe palms*”. O bom controlo das co-morbilidades metabólicas e a exuberância do quadro dermatológico impuseram a investigação de neoplasia oculta. O estudo diagnóstico revelou um adenocarcinoma endocervical invasivo (FIGO estadio IB2). A doente foi submetida a cirurgia ginecológica radical, quimioterapia (Paclitaxel e Carboplatina) e radioterapia, com controlo aparente da doença oncológica, e acitretina oral (25mg/dia) como adjuvante no tratamento da dermatose. Ao longo de mais de um ano de seguimento, tem-se verificado melhoria marcada da AN e desaparecimento das “*tripe palms*”.

**Conclusão:** São poucos os casos descritos na literatura de ANM em associação com neoplasias ginecológicas, incluindo tumores do ovário, endométrio e colo do útero. Este caso clínico releva a importância da valorização de achados dermatológicos particulares na investigação e diagnóstico de neoplasias associadas.

**CC12 - Tratamento Cirúrgico Do Sinus Pilonidal Com Sonda Radial De Laser Diodo**

João Goulão<sup>1</sup>; J. A. Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dermatologista do Hospital da Luz

<sup>2</sup>Cirurgião Geral do Hospital da Luz



O tratamento do sinus pilonidalis sacrococcígeo representa um desafio cirúrgico, não existindo terapêutica “gold standart” definida. Na procura constante de fazer uma cirurgia cada vez menos invasiva, com um pós-operatório mais curto, que permita ao doente o regresso mais rápido à sua atividade escolar/profissional, os autores iniciaram uma técnica inovadora minimamente invasiva que permite a destruição do quisto dermoide com uma sonda de laser (SiLAT – “sinus laser therapy”).

O aparelho é constituído por um gerador e uma sonda de laser diodo com transmissão radial de energia a 360º. A energia é libertada de forma homogênea em modo contínuo ao nível da ponta da sonda num comprimento de onda de 1470nm e com uma energia de 10 Watts (ou , provocando a destruição do epitélio que reveste o sinus e retração dos trajetos com formação de novo tecido de granulação e consequente cicatrização do sinus. A profundidade atingida ao nível dos tecidos circundantes pela sonda radial é apenas de 2-3mm, o que limita muito o dano térmico dos tecidos saudáveis<sup>1</sup>.

Neste apresentação, os autores transmitem a sua experiência com os primeiros doentes operados com esta técnica de laser.

### CC13 - Nevo epidérmico popular – Um caso familiar

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, C. Amaro, I. Viana

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

Introdução: Popular Epidermal Nevus with “Skyline” basal cell layer (PENS) é uma variante de nevo epidérmico, com 26 casos descritos na literatura. Caracteriza-se clinicamente por pápulas/placas hiperqueratóticas congénitas (ou que surgem pouco tempo após o nascimento) e histologicamente por um padrão “skyline” da camada basal. A maioria dos casos ocorre de forma esporádica, no entanto, existem 5 casos familiares descritos, nos quais dois membros de cada família apresentam lesões.

Caso: Descrevem-se três doentes: mãe (33 anos), filha (6 anos) e filho (8 meses), com múltiplas pápulas e placas poligonais hiperqueratóticas congénitas, distribuídas de forma assimétrica, pela face, tronco e membros. As lesões eram assintomáticas e tinham uma cor variável entre branco-castanho.

Todas as lesões eram congénitas nos três doentes. O desenvolvimento psicomotor dos doentes era normal e não existiam manifestações neurológicas.

Foi realizada biópsia de uma das lesões da mãe que demonstrou: hiperqueratose ortoqueratótica, acantose com cristas epidérmicas retangulares e largas e uma camada basal com um arranjo em paliçada dos núcleos das células basais, que formam um padrão “skyline”. Adicionalmente, encontrava-se presente um infiltrado inflamatório liquenóide na derme papilar.

Comentário:

Apesar de não terem sido realizadas biópsias cutâneas nas crianças, dado o aparecimento congénito e a morfologia clínica semelhante às lesões da mãe, bem como, a outros casos descritos na literatura, estas pápulas e placas serão também PENS. Até à data, desconhece-se a mutação genética responsável por esta entidade.

Nesta apresentação é realizada uma revisão da literatura sobre o PENS, com especial foco, no caso clínico que constitui o primeiro relato de um caso familiar de PENS no qual há mais que 2 membros afetados simultaneamente. Além disso, o achado de infiltrado inflamatório liquenóide na derme papilar nunca foi reportado, pelo que este pode constituir uma variante histológica de PENS.

### CC14 - Metotrexato e Psoríase – Efeitos adverso inesperado?

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, J. Sousa, I. Viana

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

Introdução: O metotrexato é um fármaco com múltiplas aplicações em diversas áreas da medicina, nomeadamente na dermatologia, por exemplo,

para o tratamento da psoríase moderada a grave. É considerado um fármaco com um bom perfil de segurança, sobretudo quando utilizado em doses baixas.

Caso: Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 41 anos, natural da Guiné, com psoríase grave, medicado com toma semanal de metotrexato 20 mg *per os*. Após 4 dias do início da terapêutica (doente apenas tinha realizado uma toma de metotrexato), é observado por múltiplas erosões cutâneas, exsudativas e dolorosas, nas placas de psoríase. Analiticamente com discreta anemia (Hb 12,5 g/dL), leucopenia (leucócitos 1600/μl) e trombocitopenia (169 000 /μl). O metotrexato sérico era indetectável.

Foi realizada biópsia cutânea de uma das lesões, sugestiva de reação citotóxica sobreposta a alterações de psoríase. Assumida toxicidade aguda ao metotrexato, tendo sido interrompido o fármaco e medicado com folinato de cálcio, verificando-se melhoria analítica e clínica com cicatrização das lesões, uma semana depois.

Comentário: As erosões em placas de psoríase devido ao metotrexato são um efeito adverso raro, que precede o surgimento de pancitopenia. Os níveis de metotrexato sérico não se correlacionam com a toxicidade clínica, não sendo, portanto, necessário o seu doseamento. A interrupção do fármaco é crucial para a resolução clínica das lesões.

### CC15 - Stiff skin syndrome: uma entidade incomum de esclerose cutânea infantil

Diogo Cerejeira, F. Bonito, J. Alves, H. Cunha

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital Garcia de Orta, EPE., Almada

Introdução:

Descrito inicialmente em 1971 por Esterly e McKusick, o stiff skin syndrome, também designado por distrofia fascial congénita, é caracterizado pelo desenvolvimento progressivo de esclerose cutânea, na ausência de inflamação, envolvimento visceral, alterações imunológicas ou hiper-reatividade vascular.

Caso Clínico:

Descreve-se o caso de uma criança de 13 anos de idade, sem antecedentes ou medicação habitual relevante, que foi observada em consulta de Dermatologia pelo aparecimento indolente de várias placas de induração cutânea, assimétricas, com hipertricrose e lipoatrofia associadas.

As lesões essencialmente a cintura pélvica, coxas e região escapular, estando poupadas as extremidades. Frequentemente acompanhavam-se de dor e contraturas musculares, que limitavam as atividades de vida diárias, embora não se verificasse uma limitação funcional articular significativa.

Pela hipótese diagnóstica de stiff skin syndrome, foi realizada um biópsia cutânea que revelou um espessamento das fibras de colagénio, sem infiltrado inflamatório e sem alterações dos anexos, compatível com o diagnóstico proposto.

Discussão:

O stiff skin syndrome tem sido associado a uma mutação autossómica dominante do gene que codifica a fibrilina-1 (FBN1). Neste caso, no entanto, procedeu-se ao estudo molecular do gene FBN1 (sequenciação completa e MLPA), não tendo sido encontrada qualquer variante patogénica.

Estando descritos cerca de 60 casos na literatura, reporta-se este caso pela sua raridade e pelos desafios clínicos e investigacionais que representa.

### CC16 - Linfedema pubogenital na hidradenite supurativa crónica – uma complicação rara

Ana Luísa João<sup>1</sup>, N. Cunha<sup>1</sup>, A. Lencastre<sup>1</sup>

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

O linfedema representa uma complicação debilitante e desafiante da hidradenite supurativa crónica (HS), sendo relativamente raro. Regista-se maior incidência no sexo masculino, em particular na doença de longa duração (média 18 anos). Atinge sobretudo a região anogenital condicionando compromisso funcional e morbidade psicossocial.

Relata-se o caso de um doente do sexo masculino de 59 anos com HS com 10 anos de evolução, com afeção predominantemente perineal e púbica, registando-se acompanhamento prévio junto de diversas especialidades

cirúrgicas. Realçava-se o linfedema do pênis, escroto e exuberante infiltração da região púbica, com alguns orifícios fistulosos na superfície cutânea, originando dor e deformidade local. Foi realizada biópsia cutânea tendo em conta outros diagnósticos diferenciais, como Doença de Crohn, tendo o exame histopatológico corroborado o diagnóstico de HS. Assisti-se a moderada melhoria sob imunossupressão sistêmica (associando corticoterapia e adalimumab).

Salientamos a importância do diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar da HS, na medida em que se trata de uma doença de manifestações diversas. O presente caso ilustra o desafio terapêutico específico do linfedema pubogenital, complicação rara e potencialmente incapacitante da HS.

## CC17 - Pitiríase rotunda: uma dermatose rara

Frederico Bonito<sup>1</sup>; D. Cerejeira<sup>1</sup>; H. Cunha<sup>1</sup>; J. Alves<sup>1</sup>; Bártole<sup>2</sup>; E. Pirtac<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Laboratório Joaquim Chaves;

<sup>3</sup>Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada – Serviço de Medicina Interna

### Introdução

A pitiríase rotunda é uma dermatose rara caracterizada pela presença de placas hiper- ou hipopigmentadas de dimensões variáveis, descamativas, bem delimitadas e perfeitamente circulares ou ovais. Considerada por alguns um distúrbio de queratinização, a sua etiologia é desconhecida e pode, em alguns casos, estar associada a doenças sistêmicas. Apresentamos o caso clínico de uma doente com este diagnóstico.

### Caso clínico

Doente do sexo feminino, 50 anos, raça negra, natural de Angola, com antecedentes de angina instável, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo ativo e anemia ferropénica, recorre à consulta de Dermatologia por dermatose assintomática com 1 ano de evolução, com início 1 mês após um episódio de angina instável. Ao exame objetivo identificavam-se cerca de 15 placas perfeitamente circulares, hiperpigmentadas, de diâmetro entre 1 e 20 cm, ligeiramente descamativas, na região lombar e glútea e nas coxas. Foram solicitados exames complementares para exclusão de outras doenças sistêmicas associadas, tendo-se detetado a presença de hepatite C. Do ponto de vista cutâneo, a doente foi tratada com queratolíticos tópicos (ácido láctico e ácido salicílico) com melhoria das lesões.

### Discussão e conclusão

A etiologia da pitiríase rotunda é desconhecida. Classificada por alguns autores em dois subtipos, o subtipo I afeta geralmente indivíduos de raça negra ou asiática, com menos de 30 lesões, hiperpigmentadas, e está habitualmente associado a doença sistêmica, e o subtipo II caracteriza-se por mais de 30 lesões, hipopigmentadas, geralmente em indivíduos caucasianos, sem doenças sistêmicas, mas com história familiar da dermatose. A nossa doente parece inserir-se no subtipo I, embora não se saiba se existe relação direta entre a dermatose e alguma das doenças sistêmicas. Este caso é interessante, porque trata uma dermatose pouco descrita na literatura e que tem uma clínica bastante sugestiva e visualmente surpreendente.

## CC18 - Um caso de dermatose liquenóide blaschkóide

Frederico Bonito<sup>1</sup>; A. António<sup>1</sup>; J. Alves<sup>1</sup>; P. Serrano<sup>1</sup>; J. Nogueira<sup>2</sup>

Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada –

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia;

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica

### Introdução

O líquen plano é uma doença inflamatória idiopática que afeta a pele, mucosas ou anexos, e que pode assumir múltiplas formas clínicas. No líquen plano blaschkóide as lesões típicas surgem acompanhando as linhas de Blaschko. Nas toxidermias liquenóides o aparecimento das lesões está associado a medicamentos, por vezes com um período de latência de anos. Apresentamos o caso clínico de um doente polimedicação que recorre à

consulta de Dermatologia por uma dermatose liquenóide linear unilateral possivelmente em relação com toxidermia.

### Caso clínico

Homem de 88 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, doença renal crónica e doença cérebro-vascular, medicado com mais de 10 fármacos, alguns introduzidos recentemente, recorre por dermatose unilateral constituída por pápulas e placas eritemato-violáceas com descamação lamelar e brilho liquenóide distribuídas ao longo das linhas de Blaschko, estendendo-se da região lombar direita até à face anterior da coxa direita, pruriginosas e com 4 meses de evolução. A histopatologia foi compatível com dermatose liquenóide, em possível relação com toxidermia. A suspensão de todos os fármacos possivelmente implicados foi impossibilitada pelas comorbilidades do doente. No entanto, alguns foram suspensos e atualmente as lesões são apenas de hiperpigmentação pós-inflamatória.

### Discussão e conclusão

Embora existam alguns aspetos clínicos e histológicos diferenciadores, a distinção entre líquen plano idiopático e toxidermia liquenóide é difícil, sendo a correlação clínico-patológica fundamental. No nosso caso, a existência de vários fármacos iniciados previamente à dermatose, a melhoria clínica após a suspensão de alguns destes, a presença de descamação lamelar no exame físico e de paraqueratose e infiltrado eosinofílico na histologia sugerem a hipótese de toxidermia liquenóide blaschkóide. O facto do doente ser polimedicação e o tempo de latência entre a introdução do medicamento e o aparecimento da dermatose ser variável dificulta ainda a procura pelo fármaco responsável. Este caso é interessante porque mostra uma apresentação incomum de uma dermatose liquenóide.

## CC19 - Doença de Morbihan em doente com Lúpus Túmido

Tiago Fernandes Gomes<sup>1</sup>, K. Kieselova<sup>1</sup>, F. Cunha<sup>2</sup>, F. Santiago<sup>1</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria

Describe-se o caso de um doente de 63 anos que se apresenta na consulta por um eritema e edema duro persistentes e não pruriginosos na fronte, região periorbitária e região malar. O quadro clínico tinha uma evolução de 4 anos e o doente encontrava-se medicado com hidroxycloquina 400mg/dia, pomada de tacrolimus e creme de propionato de fluticasona, sem notar melhoria clínica. O hemograma não apresentava alterações, a velocidade de sedimentação encontrava-se dentro dos valores da normalidade e o doseamento dos ANAs foi negativo. A biópsia foi compatível com o diagnóstico de lúpus tímido. O doente manteve-se sob corticoterapia tópica com boa resposta, mas agravava com as várias tentativas de desmame. Cumpriu esquema de prednisolona 0,25mg/kg/dia durante 8 semanas, sem benefício. Atendendo ao eritema e edema duro persistentes, de predomínio frontal, periorbitário e malar, assumiu-se um diagnóstico de doença de Morbihan. Fez isotretinoína 20mg/dia durante 8 semanas e posteriormente azatioprina 200mg/dia e prednisolona 0,25mg/kg/dia durante 8 semanas, com benefício modesto. Foi ainda tentada terapêutica com furosemida 20mg/dia durante 12 semanas, sem resposta clínica. Atualmente, encontra-se em seguimento em consulta medicado com propionato de fluticasona e fotoproteção.

A doença de Morbihan, ou edema sólido da face, traduz um edema duro e persistente da porção superior da face associado a eritema fixo. Presume-se que a clínica se deva a alterações da vascularização local combinada com um desequilíbrio entre a produção e drenagem linfática. A etiologia é desconhecida, embora esteja descrita a sua associação com a rosácea, acne vulgar e lúpus miliar disseminado da face. Trata-se de uma patologia sem tendência à resolução espontânea e para a qual não se dispõe de um tratamento consistentemente eficaz. A associação desta patologia com lúpus tímido ainda não tinha sido descrita na literatura.

## CC20 - Manchas café com leite em lactente

Katarina Kieselová, T. Gomes, F. Santiago, M. Henrique  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

O Síndrome Legius é uma doença hereditária rara, de transmissão autossômica dominante. A alteração responsável por esta dermatose situa-se no cromossoma 15q13.2, uma mutação do gene SPRED1, que atua como regulador negativo da via RAS/MAPK, posicionando esta doença no grupo de rasopatias.

Um lactente de 4 meses de idade, saudável, filho único de pais não consanguíneos, foi observado em consulta de Dermatologia Pediátrica por manchas café com leite (MCL) com aparecimento desde o primeiro mês de vida. Ao exame objetivo observámos 10 MCL com > 5mm dispersas pelo tegumento, sem outras lesões cutâneas associadas. O restante exame físico não revelou alterações. A criança apresentava desenvolvimento físico e psico-motor normal. A história familiar materna revelou vários membros igualmente com MCL, sem outras patologias associadas. Na ausência de critérios clínicos de neurofibromatose tipo 1 (NF1), colocou-se como hipótese de diagnóstico o Síndrome Legius, que foi posteriormente confirmado pelo estudo genético da mãe, que mostrou a mutação patogénica do gene SPRED1.

O Síndrome Legius representa um diagnóstico clínico desafiante uma vez que existe um *overlap* clínico significativo com a NF1, como a presença de MCL, efélides, macrocefalia ou atraso cognitivo. Adicionalmente, alguns doentes com síndrome Legius apresentam pectus excavatum ou carinatum, polidactilia e lipomas. No entanto, muitas das características de NF1, nomeadamente aquelas com maior importância clínica, estão ausentes no síndrome Legius, nomeadamente, os neurofibromas, os nódulos de Lisch, ou gliomas do ótico, ou os tumores malignos das bainhas nervosas. Pelo exposto, é importante identificar os doentes com Síndrome Legius a quem, erradamente, possa ter sido atribuído o diagnóstico de NF-1, já que esses doentes não parecem necessitar de uma vigilância médica tão restrita.

## CC21 - Nódulo do couro cabeludo: apresentação de um adenocarcinoma anaxial

Tiago Fernandes Gomes<sup>1</sup>, K. Kieselova<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>2</sup>, F. Cunha<sup>3</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

<sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria

Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino com 67 anos de idade, que se apresentou com uma lesão no couro cabeludo de crescimento progressivo com 3 anos de evolução. Ao exame objetivo constatou-se a presença de uma lesão multinodular rosada translúcida com telangiectasias visíveis na região parietal direita, dura à palpação. À dermatoscopia eram visíveis vasos lineares ramificados com heterogeneidade de calibre, alguns de aspeto sacular, áreas com rede pigmentada no centro e na periferia da lesão, e áreas sem estrutura branco-avermelhadas e outras branco-amareladas. A biópsia mostrou uma neoplasia epitelial maligna com formação de maciços morulares sólidos e estruturas glanduliformes, contendo células pouco volumosas de núcleo vesiculoso e com atividade mitótica, circundadas por estroma desmoplásico. O estudo imunohistoquímico revelou positividade para panqueratinas e receptores de estrógenos e progesterona. Foram colocadas as hipóteses de adenocarcinoma primitivo dos anexos glandulares ou uma lesão metastática de neoplasia mamária. A ecografia mamária e a mamografia não revelaram alterações. A TAC de crânio não detetou erosões na calote craniana adjacente à lesão. O doente foi submetido a excisão da lesão. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou estarmos perante um adenocarcinoma anaxial ductal.

Os carcinomas anaxiais são tumores raros que se podem desenvolver *de novo* ou associados a lesões anaxiais benignas. A sua baixa frequência aliada à grande diversidade morfológica tem constituído um desafio constante na sua classificação, com consequente dificuldade de uniformização diagnóstica. Lesões no espectro morfológico do presente caso foram classificadas no passado como carcinoma écrino ductal, carcinoma écrino siringomatoso de alto grau ou, simplesmente, carcinoma das glândulas sudoríparas. Na classificação atual foi adotada a designação de adenocarcinoma anaxial sem outra especificação. A importância do seu reconhecimento reside na semelhança com metástase cutânea, possibilidade que deve ser sempre excluída antes de se assumir a origem primitivamente cutânea da neoplasia.

## CC22 - Dois fenótipos da dermatomiosite e sua associação com os novos autoanticorpos

Joana Calvão, F. Alves, L. Santiago, M. M. Brites, M. Gonçalo  
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A dermatomiosite (DM) é uma doença rara, do espectro das miosites inflamatórias, caracterizada por manifestações cutâneas, musculares e sistémicas variadas. Diferentes autoanticorpos têm sido recentemente descritos, como autoanticorpos contra o *melanoma differentiation antigen 5* (MDA5) e *transcriptional intermediary factor 1* (TIF1), que se associam a fenótipos típicos e distintos da doença, como ilustram os dois casos que apresentamos.

O 1º caso, de uma doente do sexo feminino, 64 anos, com lesões cutâneas do tipo pápulas de Gottron e lesões ulceradas sobre a palma dos dedos, relacionadas à presença do autoanticorpo anti-MDA5 e doença intersticial pulmonar, que apresentou excelente resposta clínica e laboratorial com o micofenolato de mofetil.

O 2º caso, de uma doente de 53 anos, associado ao autoanticorpo anti-TIF1-γ, que se apresentou com lesões poiquilodérmicas fotossensíveis e pápulas de Gottron psoriasiformes, em que as manifestações de DM surgiram após recidiva de neoplasia cólica conhecida e agravaram substancialmente após a sua metastatização maciça, com um desfecho fatal apesar da terapêutica instituída, incluindo imunoglobulina endovenosa.

Mais de 70% dos doentes com DM apresentam autoanticorpos específicos da doença, que se correlacionam com manifestações clínicas distintas. Além dos anticorpos anti-sintetase, nos últimos anos foram descobertos vários anticorpos associados à DM que parecem ter um papel importante na orientação diagnóstica e prognóstica da doença, incluindo os autoanticorpos contra *melanoma differentiation antigen 5* (MDA5), *transcriptional intermediary factor 1* (TIF1), *nuclear matrix protein 2* (NXP2), e *small ubiquitin-like modifier activating enzyme* (SAE). Os casos descritos ilustram dois dos fenótipos típicos que têm vindo a ser identificados na DM: o 1º com a presença do autoanticorpo anti-MDA5 caracteristicamente relacionado com vasculopatia e ulceração cutânea, e doença intersticial pulmonar, que pode ser rapidamente progressiva e potencialmente fatal; o 2º associado ao anti-TIF1-γ, que embora proteja da doença pulmonar, tem uma forte correlação com a forma paraneoplásica de DM.

## CC23 - Dois casos de dermatite de contacto alérgica ao acrilato de isobornilo (IBOA) nos sensores de glicose

Joana Calvão, M. Batista, M. Gonçalo

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os sensores de glicose, como o *FreeStyle® Libre*, são dispositivos médicos inovadores que permitem aos doentes diabéticos uma monitorização contínua da glicose. No entanto, recentemente têm sido descritos casos de dermatite de contacto alérgica (DCA) a estes sensores, que, no caso particular do *FreeStyle® Libre*, se tem atribuído ao acrilato de isobornilo (IBOA), presente na sua constituição. Apresentamos dois casos de DCA com o uso do sensor *FreeStyle® Libre*, imputáveis ao IBOA.

O primeiro caso é de uma doente de 23 anos, diabética tipo 1, com reações de eczema agudo exuberantes no local de contacto com o sensor de glicose (*Freestyle® libre*), 6 meses após o seu uso. O segundo doente, do sexo masculino, 77 anos, apresentava há 1 ano reação eczematiforme semelhante, mas menos exuberante, limitada ao local de contacto com o sensor. Os testes epicutâneos com os alergénios da Série Básica do Grupo Português de Estudos das Dermite de Contacto e da Série de Acrilatos, bem como o IBOA a 0.1% em vaselina, revelaram nos dois casos reação positiva (1+) para o IBOA (em D7 no 1º caso, D3 no 2º), e para a colofónia (1+ em D7) no 1º caso. A primeira doente tolerou o sensor aplicado sobre um penso hidrocolóide perfurado no centro; o segundo mudou para o sensor *Dexcom®*.

O IBOA, um acrilato amplamente usado na indústria automóvel, em revestimentos, tintas e cosméticos, foi anteriormente descrito como causa de DCA ocupacional, e recentemente reconhecido como o alergénio implicado na DCA aos sensores de glicose *FreeStyle® Libre*. A utilização maciça destes sensores foi responsável por uma verdadeira epidemia de alergia a este acrilato considerado um sensibilizante menos potente que não reage de

forma cruzada com outros acrilatos. Para confirmação diagnóstica e para distinguir de irritação pela aplicação regular do adesivo é mandatário o teste com IBOA.

## CC24 - Carcinoma espinhocelular avançado: quando a cirurgia não basta

Mariana Batista<sup>1</sup>, A. Brinca<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do CHUC, Coimbra

<sup>2</sup>Hospital da Luz, Lisboa

A definição de carcinoma espinhocelular (CEC) avançado não é uniforme, referindo-se geralmente a tumores de grande extensão local (irressecável ou ressecável com grande morbidade), ou a tumores metastáticos. Factores relacionados com o tumor (dimensão > 2cm, padrão histológico indiferenciado, invasão perineural, extensão além da hipoderme, localização na orelha, lábio e áreas não foto-expostas) ou com o doente (acesso restrito a cuidados ou negligência) são mais comuns em tumores avançados.

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos com uma lesão tumoral de superfície queratósica, ulcerada, friável, com evolução de 10 meses. A biópsia foi típica de CEC bem diferenciado. O estudo de extensão local do tumor primário com tomografia computadorizada (TAC) e estadiamento com tomografia de emissão de positrões (PET-CT) revelou uma massa tumoral inguinal esquerda com extensão ao músculo grande adutor e adenopatias inguinais esquerdas e ilíacas externas bilaterais.

Em decisão terapêutica optou-se por radioterapia de resgate. Após 6 semanas foi realizada ressecção da massa tumoral em bloco com gânglios inguinais (Dermatologia) e linfadenectomia ilio-obturadora bilateral (Cirurgia Geral).

A peça operatória revelou CEC margens excisionais livres e gânglios inflamatórios sem metástases. Em PET-CT de reavaliação aos 5 meses de pós-operatório mostrou conglomerado adenopático ilíaco comum, obturador e ilíaco externo esquerdo tendo sido realizada linfadenectomia ilíaca esquerda (excisão subtotal), complementada com radioterapia.

O seguimento clínico-imagiológico (>1 ano) não mostra evidência de doença residual.

O presente caso demonstra que a Dermatologia é especialidade de grande relevância quer no diagnóstico de cancro cutâneo em fase precoce, quer em cenários de doença avançada, no âmbito de equipas multidisciplinares.

Sempre que exequível a abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha no CEC avançado. A radioterapia revela-se eficaz na otimização de condições de operabilidade, diminuição da probabilidade de recorrência e obtenção de remissão após ressecção incompleta.

## CC25 - Tratamento de lipoma por lipo-sucção tumescente

Filipa Tavares Almeida<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>2</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>

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

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

Os lipomas são tumores benignos subcutâneos derivados de adipócitos maduros. Apesar de lipomas pequenos poderem ser tratados por injeção intralesional de agentes lipolíticos, o tratamento cirúrgico é a modalidade terapêutica mais comum, nomeadamente excisão simples ou técnica de expressão (*squeeze*), lipo-sucção ou lipólise assistida por laser.

Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 58 anos, com uma massa subcutânea indolor, mole, flutuante e móvel, com 12 cm, localizada na região lombar direita, ecograficamente compatível com lipoma solitário. A excisão da lesão foi efetuada através de lipo-sucção tumescente, com boa evolução pós-operatória e resultado cosmético excelente, mantido após 2 anos de seguimento.

A lipo-sucção tumescente é uma técnica desenvolvida por Klein na década de 1980 para tratamento de adiposidade excessiva. É um método seguro e eficaz, realizado sob anestesia tumescente com solução de Klein. Trata-se de um procedimento minimamente invasivo, que quase não produz cicatrizes, com a vantagem adicional de apresentar uma curva de aprendizagem relativamente curta. Apesar de não garantir a excisão completa do lipoma, pode facilmente ser repetida em caso de recorrência.

## CC26 - Queratoacantomas eruptivos generalizados de Grzybowski

Maria Relvas, J. Calvão, I. Coutinho, J. C. Cardoso

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os queratoacantomas são tumores cutâneos de rápido crescimento e regressão espontânea, habitualmente considerados benignos. Ocorrem mais frequentemente como lesões solitárias, embora diferentes formas de queratoacantomas múltiplos tenham já sido descritas.

Descrevemos o caso de uma doente de 83 anos enviada por lesões pruriginosas da face e pescoço, com 3 meses de evolução. Ao exame dermatológico demonstrava múltiplas pápulas de superfície discretamente hiperqueratósica, confluindo, por vezes, em placas papilomatosas; algumas demonstravam coloração esbranquiçada, outras eritemato-acastanhada. Ocupavam as regiões frontal, malar, mentoniana e cervical bilateral, estendendo-se até à região do decote.

A doente encontrava-se medicada com minociclina sem qualquer melhoria.

Foi realizada biópsia cutânea cujo estudo anatomopatológico revelou uma área de epiderme crateriforme, preenchida por camada córnea ortoqueratósica. O bordo epitelial era vagamente irregular, acantósico e hiperplásico, constituído por queratinócitos de citoplasma abundante, com discreta atipia. Na cavidade central, os queratinócitos mostravam aumento do teor dos grânulos de queratohialina. A lesão encontrava-se bem delimitada, existindo ainda um discreto infiltrado linfomonocitário subjacente.

Correlacionando as alterações histológicas, compatíveis com queratoacantoma, com o quadro clínico observado, foi estabelecido o diagnóstico de queratoacantomas eruptivos generalizados de Grzybowski.

A doente iniciou terapêutica tópica com tretinoína e sistémica com acitretina, apresentando melhoria franca das lesões.

Os queratoacantomas eruptivos generalizados são uma entidade incomum, de etiologia desconhecida, caracterizada por centenas de pequenas pápulas hiperqueratósicas, umbilicadas, a nível das áreas foto-expostas e mucosa oral. Trata-se de uma doença crónica, manifestando-se entre a quinta e sétima décadas, geralmente com fraca resposta terapêutica. Dada a sua extrema raridade, representa concomitante um desafio diagnóstico e terapêutico.

Com o caso supra-citado os autores relembram uma variante de queratoacantomas múltiplos pouco observada na prática clínica, que poderá passar despercebida, atrasando a correta instituição terapêutica. A par disso pretendem relatar o caso de sucesso terapêutico numa condição em que as opções disponíveis são ainda pouco satisfatórias.

## CC27 - Lesão inguinal única - um caso de leucemia mieloide aleucémica

Rebeca Calado, F. Alves, M. Brites, J. Cardoso

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento de Dermatologia

Um homem de 61 anos, com história de comportamentos sexuais de risco, foi referenciado à consulta de Dermatologia por suspeita de DST. Objetivava-se uma lesão tumoral única com cerca de 4x2 cm, eritemato-violácea, firme e dolorosa na região inguinal esquerda, com 2 meses de evolução. Previamente saudável, negava febre, perda ponderal, sudorese noturna, prurido ou outras queixas.

Análiticamente, apresentava um hemograma com contagem leucocitária normal, bioquímica sem alterações. Do estudo serológico, tinha evidência de infeção recente por Chlamydia trachomatis, pelo que, assumindo-se a hipótese de Linfogranuloma venéreo, iniciou-se tratamento com Doxiciclina 100 mg 2id.

Na biópsia cutânea, observou-se um infiltrado dérmico muito denso, não epidermotrópico, com um padrão de crescimento difuso e intersticial, composto por células redondas e ovaladas, atípicas, com pleomorfismo moderado. Havia intensa atividade mitótica e células em apoptose. Associavam-se ainda focos de necrose e hiperplasia pseudocarcinomatosa da epiderme. A imunohistoquímica revelou reatividade com marcadores da linhagem mielomonocítica.



Estes achados foram compatíveis com envolvimento cutâneo por leucemia mieloide.

Fez-se biópsia da medula óssea, com maturação normal para as diferentes linhas celulares e 1,5% de blastos.

Na PET verificou-se extensão do processo leucémico ao rim esquerdo, cólon e pleura.

Continuou seguimento em consulta de Hematologia e iniciou protocolo MIC, com boa resposta inicial, vindo no entanto a falecer 5 meses após o diagnóstico, por infecção oportunista.

O caso supracitado trata-se de um sarcoma mieloide cutâneo aleucémico, uma vez que se manifestou como uma lesão cutânea única, sem envolvimento do sangue periférico ou da medula óssea. É uma entidade rara, com uma apresentação clínica variável - lesão nodular única ou doença disseminada. Com uma ampla variedade de diagnósticos diferenciais, o seu diagnóstico é desafiante. Requer uma correlação judiciosa entre os achados clínicos, histológicos e imunofenotípicos. Comporta mau prognóstico, pelo que uma biópsia e um diagnóstico atempado são da maior importância.

## CC28 - Fotossensibilidade como manifestação inicial de infeção por VIH

**Maria Relvas, F. Morgado, H. Oliveira, M. Gonçalves**

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

As reações de fotossensibilidade caracterizam-se por uma resposta alterada à radiação não-ionizante, podendo, nalguns casos, identificar-se os compostos foto-ativos causais, de origem endógena ou exógena.

Relatamos o caso de um doente de 58 anos, fototipo II, operário na construção de estradas, observado por dermatose pruriginosa da face, com 2 meses de evolução, e sem benefício com corticosteroides tópicos e anti-histamínico oral. Ao exame dermatológico verificava-se eritema descamativo da face e pescoço, poupando as regiões palpebrais, sulcos nasogenianos e inframentoniana, compatível com padrão de fotossensibilidade.

Os testes epicutâneos e foto-epicutâneos revelaram reação positiva apenas a componentes de líquens (++) , sem foto-agravamento. Os fototestes demonstraram uma redução discreta da dose de eritema mínimo para UVB e ausência de reação a 10J/cm<sup>2</sup> de UVA. A evicção dos líquens, difícil de manter perante a profissão, foi pouco útil, assim como a corticoterapia oral e tópica.

Dada a manutenção das lesões 3 meses após a primeira visita, ponderou-se iniciar azatioprina, procedendo-se à colheita de estudo analítico, incluindo serologias infecciosas. Os parâmetros encontravam-se dentro da normalidade, contudo o doente revelou positividade para VIH, com uma carga viral de 91700 cópias/μL e uma contagem de células TCD4+ de 147 células/mm<sup>3</sup>.

Posto isto, iniciou terapêutica anti-retroviral, verificando-se resolução rápida e completa do prurido e quadro eczematoso, mantendo, contudo, cuperose significativa.

Estima-se que em algum momento da sua evolução 5% dos doentes VIH-positivos apresentem fotossensibilidade. Mais frequentemente associada aos fármacos utilizados no tratamento, tem também sido descrita como manifestação inicial da infeção pelo vírus.

A relevância do caso descrito assenta na diversidade de quadros clínicos de fotossensibilidade associada ao VIH, ainda pouco caracterizados do ponto de vista clínico e fotobiológico, e através dos quais a infeção se pode manifestar, tornando-a num desafio diagnóstico. É assim necessário um elevado índice de suspeição de modo a instituir a terapêutica adequada precocemente.

## CC29 - Pioderma gangrenoso- da patergia à iatrogenia

**Rebeca Calado, M. Batista, M. Relvas, R. Vieira**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento de Dermatologia

O pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica auto-inflamatória rara, de etiologia idiopática ou associada a algumas doenças subjacentes (hemopatias malignas ou doença inflamatória intestinal). Caracteriza-se por ulceração cutânea dolorosa e expansiva, de bordos irregulares e halo violáceo, ocorrendo espontaneamente ou após traumatismo (patergia).

A escassez de marcadores serológicos e histológicos e a multiplicidade de diagnósticos diferenciais tornam o seu diagnóstico por vezes desafiante e manifestamente assente em achados clínicos.

Um homem de 68 anos foi submetido a nefrostomia percutânea devido a sépsis com foco em prostatite aguda. Após uma semana, no local da nefrostomia, surgiu placa ulcerada de bordos elevados, com halo eritemato-violáceo. No serviço de Urologia a lesão foi interpretada como abscesso lombar e efetuada drenagem cirúrgica. Evoluiu com placa eritemato-edematosa de novo, envolvendo o pénis e o escroto, com progressão da ulceração. Sob antibioterapia de largo espectro, apesar de rastreio séptico completo negativo, houve persistência da febre e de parâmetros inflamatórios elevados. Sob a hipótese de fascíte necrotizante, foi realizado novo desbridamento cirúrgico que culminou em orquidectomia bilateral e penectomia. A intervenção despoletou marcada deterioração sistémica pelo que o doente foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, com instabilidade hemodinâmica e insuficiência renal. Ao segundo dia de admissão foi realizado o diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso, na primeira vez em que foi solicitada avaliação dermatológica. Apesar dos resultados da biópsia só terem corroborado o diagnóstico após uma semana, foi iniciada corticoterapia de imediato (equivalente a 2 mg/Kg/dia de prednisolona) e micofenolato de mofetilo 1500mg id. Após início da imunossupressão as lesões estabilizaram. No entanto, ao décimo nono dia de internamento, o doente acabou por falecer na sequência de choque séptico.

O pioderma gangrenoso é um frequente mimetizador de condições infecciosas. Ausência de resposta a antibioterapia e progressão da lesão após manipulação cirúrgica devem levar à sua suspeita, cuja abordagem passa por imunossupressão sistémica.

## CC30 - Síndrome de hipercrecimento – um caso clínico

**Francisca Alves<sup>1</sup>, F. Morgado<sup>1</sup>, Sérgio Sousa<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Serviço de Genética Médica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O síndrome de CLOVES é um síndrome de hipercrecimento, causado por uma mutação somática activadora no gene PIK3CA, com consequente activação anormal da via PI3K-AKT-mTOR. Clinicamente, há considerável sobreposição com outras entidades associadas a mutações PIK3CA, como o síndrome Klippel-Trenaunay. Das suas manifestações clínicas, destacam-se a hiperplasia lipomatosa do tronco, crescimento assimétrico e alterações neurológicas. De realçar ainda a presença de malformações vasculares, bem como nevos epidérmicos e escoliose.

Reportamos um caso de um doente do sexo masculino, actualmente com 3 anos de idade, em seguimento por dermatose complexa com evolução congénita, que cursava com lesão em mancha eritematosa extensa, confluyente nas plantas bilateralmente, estendendo-se superiormente para ambas as pernas, por vezes com aspecto reticulado. A lesão atingia também o tronco, e ao nível da face anterior do tórax apresentava delimitação ao nível da linha média, localizando-se à direita. Em contraste, na região abdominal e dorso-lombar atingia também os quadrantes inferiores esquerdos. De destacar ainda a presença hipercrecimento global, macrocefalia, e gigantismo das mãos e pés, com aspecto cerebriforme palmo-plantar. Apesar do membro inferior direito exibir maior diâmetro circunferencial relativamente ao esquerdo, não havia alteração ao nível do comprimento. Durante o seguimento, na região cervical, desenvolveram-se lesões em placa, vagamente papilomatosas, sugestivas de nevos epidérmicos.

Efectuou biópsia cutânea, revelando múltiplos lóbulos de tecido adiposo acompanhados de vasos de parede espessada, numerosos feixes nervosos hipertrofiados, e septos de colagénio espessados. Estes achados, apesar de pouco específicos, evocam a hipótese de hiperplasia hamartomatosa. Adicionalmente, o estudo genético em pele lesional da região plantar confirmou a mutação no PKI3CA, estabelecendo assim o diagnóstico de síndrome de CLOVES.

Salientamos o caso em questão pela constelação clínica típica desta entidade. Enfatizamos o papel da dermatologia como especialidade de

relevo na orientação diagnóstica inicial destas situações, em quadros com atingimento sistêmico, implicando posterior orientação multidisciplinar.

### CC31 - Morfeia linear em fase inflamatória – um caso exuberante

Francisca Alves<sup>1</sup>, M. Batista<sup>1</sup>, M. Salgado<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

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

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

A morfeia é uma dermatose inflamatória, que condiciona esclerose cutânea semelhante a cicatriz. Dentro das suas variantes clínicas, destacamos a forma linear monomélica, que cursa com desenvolvimento de lesão em banda, que se estende longitudinalmente ao longo do membro, podendo causar limitação significativa da sua mobilidade. Estas lesões podem condicionar significativamente o crescimento do membro atingido, tornando-se particularmente problemático quando há atingimento da região articular. Relatamos um caso de uma doente do sexo feminino, de 2 anos de idade, que se apresentou com quadro com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo, objetivava-se mancha eritematosa, de limites irregulares, mal definidos, ocupando a coxa e perna direita, com extensão ao dorso do pé ipsilateral. A lesão era assintomática, e tinha consistência endurecida, com diminuição do pregueamento cutâneo. A nível do pé, apresentava tonalidade mais violácea, aderência aos planos profundos, com pregueamento quase impossível.

O estudo analítico complementar foi negativo, nomeadamente no que diz respeito a auto-imunidade, embora tenha sido detectada infecção recente a *Borrelia burgdorferi*.

Efectou-se biópsia incisional que revelou infiltrado perivascular com numerosos eosinófilos. Destacava-se a presença de esclerose ligeira e hialinização dos feixes de colagénio ao nível da derme reticular. Apresentava ainda ligeira desertificação dos folículos pilosos, com preservação relativa dos músculos erectores do pêlo. As alterações descritas, ainda que não totalmente típicas, são concordantes com morfeia com componente profundo.

Iniciou terapêutica com pulsos de corticoide endovenoso e metotrexato na dose de 10mg/semana. Objectivou-se melhoria do quadro após 5 meses de tratamento, concretamente com resolução do eritema, bem como diminuição importante da infiltração das lesões.

Destacamos o caso pela exuberância da apresentação numa fase inicial. De realçar, dadas as consequências a longo prazo implicadas, a necessidade de iniciar terapêutica o mais precocemente possível, a fim de evitar morbidade importante, com limitação permanente da função do membro,

### CC32 - Granuloma Anular Profundo associado a Acetazolamida

Maria José Guimarães, R. Caldas, F. Almeida, J. Gomes, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.

Introdução:

O granuloma anular (GA) profundo é uma variante rara do GA, mais frequente em crianças, caracterizada por nódulos subcutâneos indolores predominantemente na região pré-tibial, pés e mãos. Embora a etiologia não se encontre estabelecida, existe associação com doenças sistémicas, traumatismo local, vírus, radiação UV e fármacos.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, de 9 anos, com antecedentes de hipertensão intracraniana (HTIC) idiopática, diagnosticada em 2015, sob terapêutica com acetazolamida e bicarbonato de sódio. Foi observado em consulta de Dermatologia, em maio de 2019 por nódulos subcutâneos na face anterior das pernas. Ao exame físico, apresentava 7 nódulos subcutâneos, firmes, pouco móveis, mal delimitados, indolores, com 0,5 a 1 cm de diâmetro, localizados na superfície anterior de ambos os joelhos e região pré-tibial direita, sem alterações na pele suprajacente.

A mãe referia episódio semelhante, cerca de 2 meses após o diagnóstico de HTIC e início da acetazolamida, de aparecimento de 3 nódulos subcutâneos na face anterior dos joelhos, que desapareceram em poucos meses, após suspensão da acetazolamida. Por recidiva da HTIC, o doente reiniciou a

acetazolamida em julho de 2018, com reaparecimento de nódulos subcutâneos nas pernas.

O resultado da biópsia de um nódulo subcutâneo pré-tibial revelou granulomas em paliçada na hipoderme, em torno de colagénio necrobiótico e acumulação intersticial de mucina, confirmando diagnóstico de GA profundo.

À observação, 1 mês após a biópsia, o doente encontrava-se em esquema de redução de acetazolamida, por acidose metabólica, apresentando redução do número e dimensões dos nódulos dos membros inferiores, com resolução completa das mesmas após suspensão do fármaco.

Conclusão:

O GA profundo é uma entidade rara e, até à data, não se encontram outros casos descritos com associação à acetazolamida.

### CC33 - Sarcoidose cutânea recalcitrante – a propósito de um caso tratado com adalimumab

Regina Caldas, O. Ferreira, J.C. Fernandes, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga

Introdução:

A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica, de etiologia desconhecida, que se caracteriza por granulomas epitelioides sem caseificação em um ou mais órgãos. As manifestações cutâneas são diversas, podendo culminar em casos desfigurantes.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 37 anos, fumador, em seguimento desde os 26 anos por placas eritemato-violáceas, algumas descamativas, ovaladas, assintomáticas, com dimensões entre os 2-10 cm, localizadas no tronco, membros superiores, face e mucosa oral. A biópsia cutânea demonstrou granulomas epitelioides, sem necrose central; a pesquisa de microrganismos foi negativa. Analiticamente, apresentava aumento da enzima conversora da angiotensina. O estudo imagiológico revelou adenopatias torácicas difusas e nódulos pulmonares. O lavado broncoalveolar revelou alveolite linfocítica, com relação CD4/CD8 aumentada. As provas de função respiratória não apresentaram alterações, e o doente manteve-se sempre assintomático do ponto de vista respiratório. As manifestações cutâneas conjugadas com os resultados dos exames complementares confirmaram o diagnóstico de sarcoidose. Durante o curso da doença foram usadas várias terapêuticas tóxicas e sistémicas, nomeadamente prednisolona, plaquinol, minociclina, pentoxifilina e cloroquina. O doente teve breves períodos de melhoria clínica, sempre com recidiva.

Aos 37 anos, iniciou tratamento com adalimumab 40 mg semanal, com bons resultados após 3 meses. Pela primeira vez, foi observada remissão completa das lesões da face e mucosas. Atualmente mantém placas discretas nos membros superiores, mantendo já 15 meses de seguimento.

Discussão:

O uso de medicamentos biológicos para tratamento da sarcoidose, nomeadamente anti-TNF $\alpha$ , está bem documentado em doentes com envolvimento pulmonar grave. A evidência na literatura relativa ao tratamento da sarcoidose cutânea é, porém, ainda escassa. Descrevemos um caso tratado eficazmente com adalimumab, tendo como indicação única as manifestações cutâneas da doença.

### CC34 - Líquen mixedematoso nodular – o primeiro caso familiar

Regina Caldas, J. Gomes, F.T. Almeida, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga

Introdução:

O líquen mixedematoso (LM) é uma dermatose pouco frequente, que se caracteriza pela deposição dérmica de mucina, na ausência de doença tiroideia, paraproteinemias ou envolvimento sistémico. Afeta sobretudo a população adulta e manifesta-se maioritariamente sob a forma de erupções papulares localizadas.

Caso clínico:

Doente do sexo feminino, 4 anos, saudável, referenciada à consulta de Dermatologia por múltiplas lesões cutâneas nodulares, assintomáticas, com

aparecimento progressivo ao longo do último ano. O exame dermatológico revelou nódulos amarelados ou da tonalidade da pele, agrupados, alguns confluentes em placa, de consistência elástica e aderentes aos planos profundos, com dimensões variáveis entre 10 e 15 mm, distribuídos pela região lombar direita, coxa esquerda e face anterior das pernas. A mãe da criança apresentava lesões semelhantes na região lombar e coxas, com evolução estável desde a infância. O estudo analítico não revelou alterações da função tiroideia, anticorpos antinucleares e eletroforese de proteínas. A ecografia abdominal e renal foi normal. Foi realizada biópsia cutânea, cujo resultado histológico foi compatível com líquen mixedematoso.

**Discussão:**

A manifestação clínica exclusivamente nodular do LM é uma forma de apresentação rara. Estão descritos apenas três casos de LM com associação familiar, e que se referem à variante papular discreta desta dermatose; em todos estes casos verificou-se resolução espontânea num dos membros da família. Ao nosso conhecimento, este constitui o primeiro relato de LM variante nodular com associação familiar.

### CC35 - Urticária ao Frio de difícil controlo tratada com Omalizumab

**Maria José Guimarães, R. Caldas, F. Almeida, O. Ferreira, C. Brito**

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E.

**Introdução:**

A urticária ao frio (UF) é a forma mais perigosa de urticária crónica indutível, caracterizada pelo aparecimento de pápulo-placas urticariformes e/ou angioedema, minutos após a exposição a baixas temperaturas. Embora idiopática na sua maioria, admite-se a participação de mecanismos mediados por IgE em alguns doentes.

**Caso Clínico:**

Doente do sexo masculino de 31 anos, com antecedentes de asma e rinite alérgica desde a infância, medicado com montelucaste, ebastina e budesonida/formoterol inalados. Foi referenciado à Consulta de Dermatologia por episódios recorrentes de urticária, com 2 anos de evolução e agravamento progressivo.

O doente referia múltiplos episódios anuais de papulo-placas pruriginosas eritematosas generalizadas, de algumas horas de duração, após imersão em água fria e contacto com ambientes frios, de gravidade e frequência crescentes. Referia ainda dois episódios, no último verão, de lesões urticariformes associadas a angioedema, após imersão em água fria.

Após observação do registo fotográfico das lesões, foi diagnosticada UF e pedido estudo analítico, que revelou elevação de IgE (1187 UI/mL), sem outras alterações. O doente foi medicado com anti-histamínico em dose quádrupla e foi aconselhada a evicção da exposição ao frio.

Por manutenção das crises de urticária frequentes, foi iniciado Omalizumab. Verificou-se resolução total das queixas após o segundo mês de tratamento, atingindo-se, adicionalmente, um melhor controlo da asma.

**Conclusão:**

Este caso ilustra o desafio terapêutico que a UF representa, uma vez que a evicção total da exposição é impraticável. Neste caso, o controlo da doença foi conseguido com omalizumab, um anticorpo humanizado anti-IgE, aprovado para o uso na urticária crónica espontânea e na asma, que poderá ser promissor no tratamento da UF.

### CC36 - Rinofima ou algo mais?

**Nuno Gomes<sup>1</sup>, A. Cerejeira<sup>1</sup>, E. Moreira<sup>1</sup>, C. Costa<sup>2</sup>, P. Pinho e Costa<sup>3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>**

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

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

<sup>3</sup> Departamento de Genética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 73 anos de idade, com doença renal crónica de etiologia hipertensiva e pielonefrites de repetição, sob hemodiálise desde há 9 anos. Referenciado à consulta de

Dermatovenereologia por eritema e edema nasal com 2 anos de evolução. Ao exame objetivo, observava-se rinofima e lesão nodular assimétrica na asa esquerda do nariz. Não apresentava outras queixas. A biópsia da lesão cutânea da asa esquerda do nariz mostrou depósito de material amorfo na derme, com bi-refringência verde-maçã à luz polarizada, compatível com amiloidose cutânea. O estudo imunohistoquímico mostrou positividade para a  $\beta$ 2-microglobulina. As cadeias leves kappa e lambda, proteína sérica amiloide A, transtiretina, fibrinogénio e citoqueratinas 8 e 18 foram negativas. Analiticamente, a relevar um nível de  $\beta$ 2 microglobulina de 21800  $\mu$ g/L (intervalo normal de 1090 a 2530). Face ao exposto, foi efetuado o diagnóstico de amiloidose cutânea associada à hemodiálise. Ao longo de 6 meses de seguimento, a lesão cutânea manteve-se estável e não se observou comprometimento de outros órgãos.

**Discussão:** A acumulação plasmática de  $\beta$ 2-microglobulina em doentes sob hemodiálise pode causar amiloidose vários anos após o início da diálise. O envolvimento cutâneo pela amiloidose associada à hemodiálise é raro, pois a  $\beta$ 2-microglobulina tem baixa afinidade pela pele. De facto, os órgãos afetados pela amiloidose associada à hemodiálise são distintos dos de outros tipos de amiloidose. O atingimento mais comum desse tipo de amiloidose é a síndrome do túnel cárpico, estando também descritos vários casos de artropatia destrutiva. As manifestações cutâneas descritas na literatura incluem erupções liquenóides, pápulas linguais ou nódulos subcutâneos no tronco e membros. Consideramos este caso clínico relevante por se tratar de uma apresentação invulgar de amiloidose associada à hemodiálise.

### CC37 - Pitiríase amiantácea associada a alopecia cicatricial

**André Cerejeira<sup>1</sup>, D. Martins<sup>2</sup>, A. Pedrosa<sup>1,3</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>**

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

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

<sup>3</sup>Departamento de Medicina, Serviço de Dermatologia e Venereologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução**

A pitiríase amiantácea caracteriza-se por escamas espessas e brilhantes, de coloração prateada ou amarelada, aderentes ao cabelo e couro cabeludo. É um padrão de reação a dermatoses inflamatórias ou infecciosas (psoríase, dermatite seborreica, dermatite atópica ou tinea capitis), sendo por vezes impossível identificar a patologia subjacente.

**Caso clínico**

Um doente de 16 anos, sem antecedentes de relevo, foi referenciado à consulta de Dermatologia por placas hiperqueratósicas amareladas na região fronto-parietal com 6 anos de evolução. Uma biópsia prévia foi compatível com tinea capitis, mas com exame micológico negativo. Anteriormente medicado com antifúngicos orais, sem melhoria.

Ao exame objetivo observou-se uma lesão queratósica, com placas amareladas aderentes de remoção dolorosa. A tricoscopia evidenciou áreas amorfas amarelas associadas a escassos tufos capilares e áreas branco marfim sem folículos pilosos. A biópsia mostrou hiperqueratose ortoqueratótica, rarefação capilar e um infiltrado inflamatório mononucleado perianexial. Identificaram-se fungos leveduriformes na camada córnea. O exame micológico foi negativo, o que levou ao diagnóstico de pitiríase amiantácea com alopecia cicatricial secundária.

Propôs-se aplicação tópica de ureia a 30% e remoção mecânica das placas hiperqueratósicas.

**Discussão**

A pitiríase amiantácea afeta sobretudo crianças ou adultos jovens, e tem predomínio no sexo feminino. É geralmente uma patologia localizada e mais frequentemente cursa com alopecia temporária. Em casos raros e refratários ao tratamento pode evoluir para alopecia cicatricial secundária.

A sua fisiopatologia é desconhecida. Vários autores interrogam-se quanto ao papel dos microrganismos – é possível isolar estafilococos em 97% dos doentes e foi igualmente relatada uma possível associação com fungos, nomeadamente do género *Malassezia*. Estes microrganismos poderão estar implicados na manutenção da doença.

O diagnóstico é clínico, sendo que a biópsia mostra alterações inespecíficas. Não existem diretrizes específicas para o tratamento, mas este frequentemente inclui o controlo da doença subjacente, a remoção mecânica das escamas e a utilização de tópicos queratolíticos.

### CC38 - Linfoma cutâneo primário de centro folicular – a propósito de 2 casos clínicos

**André Cerejeira<sup>1</sup>, N. Gomes<sup>1</sup>, P. Canhão<sup>2</sup>, M. Brochado<sup>3</sup>, AM Barros<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>**

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

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

<sup>3</sup>Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto

<sup>4</sup>Serviço de Microbiologia, Departamento de Patologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

#### Introdução

Os linfomas cutâneos de células B constituem 20%-25% dos linfomas cutâneos primários. O subtipo de centro folicular é o mais comum, responsável por cerca de metade dos casos. Trata-se de uma patologia rara, que levanta dificuldades no diagnóstico e tratamento, e exige uma abordagem multidisciplinar.

#### Caso 1

Um homem de 60 anos foi observado por placa eritematosa com 2x14cm na região dorso-lombar esquerda e um nódulo subcutâneo palpável na axila esquerda. As lesões, assintomáticas, evoluíram desde há 4 anos.

A biópsia cutânea mostrou abundantes linfócitos na derme, de tamanho pequeno a intermédio, com núcleos irregulares. O estudo imunohistoquímico revelou expressão de CD20, Bcl-2, Bcl-6, levando ao diagnóstico de linfoma B de centro folicular.

Do restante estudo realizado, destaca-se imunofenotipagem do sangue periférico sem alterações, biópsia da medula óssea sem infiltração neoplásica, TC sem evidência de atingimento sistémico e PET scan com marcação na lesão dorsal e em duas lesões periféricas. Dada a extensão da lesão e existência de lesões em áreas anatómicas distantes, optou-se por quimioterapia com R-CHOP. Seis meses após o tratamento, apresentava apenas uma lesão cutânea residual, sem evidência de recidiva cutânea, visceral ou ganglionar.

#### Caso 2

Num homem de 68 anos foram observados dois tumores de 4 e 2cm, de coloração vinosa, no dorso à direita. Não se palpavam adenopatias regionais. As lesões tinham 3 anos de evolução.

A biópsia cutânea mostrou abundantes linfócitos na derme, de tamanho intermédio, esboçando alguns nódulos. O estudo imunohistoquímico foi positivo para CD20, Bcl-2, CD10 e Bcl-6, confirmando o diagnóstico de linfoma B cutâneo de centro folicular.

#### Discussão

Consideram-se linfomas cutâneos primários os LNH em que há envolvimento exclusivamente cutâneo no momento do diagnóstico. O Linfoma Primário Cutâneo de Centro Folicular, apesar de morfológicamente idêntico à sua contraparte ganglionar, tem um comportamento distinto, sendo muito mais indolente e de excelente prognóstico. Por conseguinte, opta-se frequentemente por tratamento local, com remoção cirúrgica das lesões ou radioterapia. A quimioterapia está reservada para a doença extensa ou multifocal, tal como ocorreu no primeiro caso apresentado.

## CC39 - Dermatose bolhosa IgA linear da infância – 10 anos de terapêutica pouco linear

**Maria Alexandre Rodrigues<sup>1</sup>; S. Machado<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>**

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

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

**Introdução:** A dermatose bolhosa IgA linear da infância é uma dermatose bolhosa rara, que geralmente apresenta boa resposta ao tratamento de primeira linha. Contudo, na ausência de resposta, o controlo da doença pode ser desafiante.

**Caso clínico:** Criança do sexo feminino, de três anos de idade, foi observada em Abril de 2009 por dermatose bolhosa de IgA linear da infância grave confirmada por biópsia. Iniciou associação de prednisolona oral 1mg/Kg/dia e dapsona 1 mg/Kg/dia. Por ausência de controlo da doença, às 6 semanas adicionou imunoglobulinas intravenosas (IV) 1g/kg de 4 em 4 semanas. Manteve atividade de doença, com surtos graves e prolongados associados a intercorrência infecciosa ou tentativas de desmame de corticoide oral. Sem resposta a corticoides e inibidores da calcineurina tópicos. Ao longo dos anos, apesar de associação com diversos fármacos, nomeadamente flucloxacilina (8 meses), micofenolato de mofetil (9 meses), 2 ciclos de rituximab, adalimumab (7 meses), manteve mau controlo da doença. Em Julho de 2016 (aos 10 anos), após vários pedidos à farmácia hospitalar, inicia sulfapiridina adequada ao peso (750 mg 12/12h), associada a desmame lento de prednisolona até suspensão e mantendo imunoglobulinas mensais. Após 1 mês de tratamento, apresenta franca melhoria clínica, com alguns surtos de vesico-bolhas de menor intensidade e resposta rápida a ciclos curtos de corticoide oral. Aos 6 meses de tratamento começa a espaçar tomas de imunoglobulinas até suspender em Maio de 2018. Mantém-se praticamente sem lesões, necessitando de corticoide tópico ou oral muito esporadicamente por surtos menos exuberantes e associados a intercorrências infecciosas.

**Conclusão:** A sulfapiridina acabou por ser o tratamento indicado quando muitas outras opções, teoricamente mais imunossupressoras, com mais efeitos secundários e maior custo associado, falharam.

## CC40 - Terapêutica biológica na psoríase durante gravidez e amamentação - a propósito de um caso clínico

**Maria Alexandre Rodrigues<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>; T. Torres<sup>1,2,3</sup>**

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

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

<sup>3</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

**Introdução:** A psoríase é uma doença crónica imune-mediada frequente em mulheres em idade fértil. A gravidez constitui um desafio terapêutico, especialmente na ausência de controlo sintomático com tópicos e/ou fototerapia. Os retinóides orais e metotrexato estão contra-indicados, e a ciclosporina e os agentes biológicos devem ser utilizados com muita precaução. O certolizumab pegol é um anticorpo anti factor de necrose tumoral peguado considerado seguro durante a gravidez e amamentação para o tratamento da psoríase e artrite psoriática.

**Caso clínico:** Doente sexo feminino, 35 anos, com psoríase em placas grave e artrite psoriática periférica, sob biológico desde julho de 2011 (ustekinumab), com posterior mudança para secukinumab em fevereiro de 2017 com excelente resposta cutânea (PASI90) e articular. Suspendeu secukinumab em fevereiro de 2018, por tencionar engravidar, com posterior agravamento das lesões cutâneas (resistentes a tópicos e fototerapia). Às 21 semanas de gestação, mantinha progressivo agravamento cutâneo e articular (BSA superior a 30% e PASI superior a 30), tendo iniciado certolizumab pegol às 24 semanas. Às 4 semanas de tratamento apresentava resposta PASI50 e resolução das queixas articulares (atingiu PASI75 às 12 semanas). Nenhuma intercorrência foi registada durante a gravidez, tendo tido um parto eutócito de termo, com o nascimento de um bebé saudável. Na avaliação 1 mês e 5 meses pós-parto, a amamentar, mantinha resposta. Até à data o bebé é saudável e não demonstrou alterações no desenvolvimento.

#### Discussão:

O comportamento da psoríase durante a gravidez é variável, com cerca de 55% das doentes a registarem melhoria e 23% a agravar. Dados farmacocinéticos do certolizumab pegol demonstraram transferência placentária e através do leite materno muito baixa, tornando-o seguro nestes períodos. A doente apresentada representa mais um caso em que a sua introdução durante a gravidez permitiu o controlo da doença não comprometendo a segurança da mãe e do bebé.

## CC41 - Eczema desidrótico grave mimetizando queratodermia palmoplantar tratada eficazmente com oxibutinina sistémica

**Joel Reis<sup>1</sup>; I. Lobo<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal

<sup>2</sup>Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Mulher de 62 anos, com antecedentes de síndrome metabólico e cirurgia de bypass gástrico, internada por queratodermia palmoplantar, pruriginosa, com cerca de 4 anos de evolução. Assumido o diagnóstico de psoríase palmoplantar previamente à admissão e tratada com etanercept 50 mg/sc que suspendeu por agravamento das lesões e tuberculose latente concomitante, para a qual cumpriu tratamento. Ao exame objetivo observava-se a presença de intenso eritema e hiperqueratose palmoplantar com fissuração, dolorosa ao toque e hiperidrose com maceração do estrato córneo. O exame anatomopatológico da pele plantar foi compatível com o diagnóstico de eczema desidrótico. A serie básica do Grupo Português de Estudo das Dermite de Contacto não mostrou positividade. A doente iniciou acitretina 25 mg em dias alternados associado a solução de permanganato



de potássio, clobetasol em creme e anti-histamínico oral 3x/dia com ligeira melhoria, mas sem resolução do quadro. Por manter queixas iniciou ciclosporina 250 mg que teve de ser suspensa por agravamento da hipertensão arterial.

A doente iniciou tratamento com oxibutinina oral 5mg 2x/dia e manteve o clobetasol e anti-histamínico para controlo prurido. Ocorreu melhoria significativa das lesões após 2 meses, resolução completa aos 4 meses e sem necessidade de corticoterapia tópica, e uso ocasional de anti-histamínico, mantendo a oxibutinina. Aos 9 meses de follow-up a doente mantém-se assintomática, referindo xerostomia ligeira, sem necessidade de descontinuar o tratamento.

Conclusão: O eczema desidrótico é uma doença de etiologia não esclarecida na qual a hiperidrose pode ter um papel importante. O tratamento com oxibutinina parece ser um tratamento eficaz, seguro e pouco dispendioso, mesmo em casos graves e resistentes à terapia convencional.

## Posterres

### P01 - Miíase cutânea em idade pediátrica: caso clínico

Catarina Queirós<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 e Universitário de Lisboa Norte

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

Introdução: A miíase é uma infestação provocada por larvas de espécies de moscas da ordem dos artrópodes Diptera. Clinicamente é categorizada com base na zona corporal afetada, nomeadamente em miíase cutânea, oftalmológica, auricular ou urogenital. As apresentações cutâneas incluem a miíase furuncular, a migratória e a das feridas, dependendo do tipo de larva infestante.

Caso clínico: Criança do sexo feminino, 10 anos de idade, residente em meio rural. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação dolorosa no couro cabeludo com 1 semana de evolução, sem resposta a antibioterapia oral. No exame objetivo evidenciava-se nódulo inflamatório com cerca de 1,5 cm de diâmetro, com orifício central, na região occipital direita, bem como duas linfadenopatias palpáveis na região cervical direita. A aplicação de pressão lateral no nódulo permitia observar parasitas em movimento no interior da lesão, que se evidenciavam à dermatoscopia. Foi realizada extração mecânica das duas larvas e administrada dose única de ivermectina oral, com resolução total do quadro após 4 semanas.

Discussão: A miíase é um fenómeno mais frequente em zonas tropicais do mundo, no entanto a sua incidência tem vindo a aumentar. As más condições de higiene e a presença de animais domésticos nas proximidades são fatores de risco para esta condição. O diagnóstico da miíase furuncular é maioritariamente clínico, sendo a dermatoscopia útil para uma melhor avaliação. No tratamento desta condição é fundamental a remoção mecânica da larva, habitualmente com uma pinça, e assegurando a extração intacta do parasita, uma vez que os fragmentos retidos podem levar a uma reação inflamatória grave. A utilização de larvicidas como a ivermectina complementa a extração das larvas e assegura uma cura total. Para a prevenção desta condição, é importante o uso de redes mosquiteiras, repelentes, inseticidas e roupas de proteção adequadas, bem como uma melhoria das condições de higiene e saneamento.

excluded. Treatment modalities are based on the reduction of hyperhidrosis.

### P02 - Nevo de Spitz congénito de apresentação invulgar

Maria Relvas, R. Calado, J. C. Cardoso, L. Ramos

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O nevo de Spitz é um tipo de tumor melanocítico benigno, geralmente adquirido, que ocorre em todas as faixas etárias, sendo mais

frequente em crianças com menos de 10 anos. Embora a dermatoscopia seja uma ferramenta útil para o reconhecimento e avaliação, o seu diagnóstico e classificação são ainda difíceis. Nesse seguimento, e pelo fato de ter características histopatológicas que por vezes se sobrepõem às de melanoma, a análise histológica é recomendada. Alguns autores advogam mesmo que todos os nevos de Spitz devem ser excisados. Na população pediátrica, esta é limitada a lesões com características atípicas.

Descrevemos o caso de um menino de 7 meses encaminhado à consulta por lesão congénita da perna esquerda, de conformação ovalada, plana, com 3 cm de maior eixo, eritematosa, mas com áreas de pigmentação acastanhada. O exame dermatoscópico demonstrava rede pigmentada com padrão reticular, suspeitando-se de um nevo melanocítico congénito. Dada a avaliação clínica e dermatoscópica, foi realizada excisão.

O exame histopatológico revelou proliferação assimétrica de melanócitos na junção dermo-epidérmica e derme. O aspeto juncional exibia melanócitos epitelioides dispostos em ninhos intercaladas com queratinócitos basais. Havia também infiltrado linfomonocítico por baixo. O aspeto dérmico estendia-se focalmente à derme papilar, compreendendo células epitelioides bizarras, com células multinucleadas dispostas em ninhos. Os achados foram compatíveis com nevo de Spitz composto.

Até 7% dos nevos de Spitz podem ser congénitos, no entanto, poucos casos foram relatados. Na verdade, alguns autores defendem exclusivamente uma origem deste tipo, apesar da sua manifestação clínica apenas poder ser óbvia alguns anos depois, mediante estimulação hormonal.

A relevância do caso descrito baseia-se na falta de trabalho publicado, podendo ajudar a entender a verdadeira etiologia deste tumor. Pelo que sabemos, a avaliação e abordagem do nevo de Spitz, especialmente em crianças, é ainda controversa, sendo necessários mais estudos sobre sua origem e comportamento.

### P03 - Mastocitose cutânea - um caso exuberante em idade pediátrica

Francisca Alves, M. Batista, L. Ramos

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A mastocitose é uma entidade caracterizada pela proliferação e infiltração mastocitária que pode envolver a pele, medula óssea e outros órgãos. Na maioria dos doentes, existem mutações activadoras KIT subjacentes. A doença é mais frequente na idade pediátrica, e comumente resolve durante a adolescência, tendo uma apresentação clínica variável, desde o mastocitoma isolado, a múltiplas pápulas e placas (urticária pigmentosa). A forma difusa caracteriza-se pelo aparecimento de lesões nos primeiros meses de vida, com textura espessada, tipo "couro", com distribuição generalizada e hiperpigmentação variável.

Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, de 6 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, em seguimento por dermatose com evolução congénita. Objetivamente, apresentava múltiplas máculas, pápulas e manchas eritemato-acastanhadas exuberantes, algumas com superfície "tipo couro", dispersas por todo o tegumento, incluindo a face. As lesões apresentavam sinal de Darier fortemente positivo. Os pais relatavam episódios de urticariação diários, com prurido marcado associado, no entanto sem desenvolvimento de bolhas. A doente não apresentava qualquer queixa do ponto de vista sistémico, nomeadamente abdominal ou do foro respiratório.

Analicamente, apresentava elevação da triptase, contudo com tendência decrescente em controlos seriados.

Realizou ainda biópsia cutânea, que confirmou o diagnóstico de mastocitose cutânea. Dada a ausência de atingimento visceral, mantém terapêutica com anti-histamínico diário para controlo sintomático e dermocorticóide nas lesões mais activas. De destacar ainda a prescrição profilática de adrenalina injetável, para utilização em casos de emergência.

A mastocitose é uma entidade que pode afectar qualquer faixa etária, sendo que o caso descrito se destaca pela exuberância da apresentação clínica. Na maioria das situações, na ausência de atingimento sistémico, a abordagem terapêutica foca-se no controlo sintomático com anti-histamínico. Em situações de atingimento mais extenso, existe a possibilidade de episódios

de hipotensão grave pela desgranulação mastocitária, pelo que há indicação para prescrição de terapêutica com adrenalina.

## P04 - Manchas hipopigmentadas em idade pediátrica

Francisca Alves, M. Relvas, J. Cardoso, L. Ramos

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A micose fungóide (MF) representa o tipo mais comum de linfoma cutâneo de células T, englobando cerca de 50% de todos os linfomas cutâneos primários. Caracteristicamente, os doentes com MF progridem do estadio em mancha para placa e tumor, com curso clínico arrastado ao longo de anos ou mesmo décadas. Em fototipos mais elevados, a MF pode apresentar-se como múltiplas lesões hipopigmentadas, sendo esta uma apresentação igualmente comum em casos de início em idade pediátrica.

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino de 7 anos, com antecedentes de laringomalácia, que se apresentou com dermatose assintomática com vários meses de evolução, de agravamento gradual e progressivo. Objetivamente, apresentava múltiplas máculas e manchas, hipopigmentadas, de limites irregulares e mal definidos, dispersas pelo tegumento, sendo mais evidentes na região abdominal, inguinal, nadegueira e membros inferiores. Algumas lesões apresentavam descamação superficial discreta associada. Inicialmente interpretado como pitiríase alba, foi medicado com emoliente, sem benefício, com progressivo agravamento clínico, pelo que foi colocada a hipótese de MF hipopigmentada.

Efectuou-se biópsia incisional que revelou espongióse mínima, com discreto infiltrado linfocitário perivascular sem atipias ou epidermotropismo, achados histológicos inespecíficos. No entanto, pela persistência e agravamento do quadro clínico realizou-se nova biópsia. O exame anatomopatológico revelou infiltrado moderadamente denso, de conformação em banda na derme superficial, constituído predominantemente por linfócitos atípicos, com epidermotropismo significativo, quer sob a forma de células isoladas, quer formando microabcessos de Pautrier, estabelecendo-se assim o diagnóstico de MF. Por conseguinte, o doente iniciou fototerapia com UVB e foi medicado com dermocorticoide.

A MF tem manifestações clínicas heterogêneas, incluindo lesões hipopigmentadas, que podem ser similares a outras dermatoses comuns da idade pediátrica, motivando assim atraso no diagnóstico. Assim, apresentamos este caso no sentido de salientar esta entidade no diagnóstico diferencial de lesões hipopigmentadas em idade pediátrica.

## P05 - Dermate periorifical em idade pediátrica: o papel da corticoterapia inalada

Katarina Kieselová, T. Gomes, F. Santiago, M. Henrique

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

Os corticoesteróides inalados são considerados a terapia de escolha no tratamento da asma e da rinite alérgica. Apesar de apresentarem um perfil de segurança favorável, acarretam também o risco de ocorrência de vários efeitos cutâneos adversos.

Caso 1: Menino de 5 anos, medicado com fluticasona/salmeterol e salbutamol inalatório para asma brônquica, que foi observado por dermatose da face composta por pápulas e pústulas com eritema circundante na região mentoniana, lábio superior com extensão até sulcos nasogenianos e asas nasais. Perante o diagnóstico clínico de dermatite periorifical (DP) secundária a fluticasona, a criança foi medicada com azitromicina 10mg/kg/dia, com resolução completa do quadro após 6 semanas de tratamento.

Caso 2: Menina de 1 ano, medicada com fluticasona inalatória para bronquiolites de repetição, foi observada por lesões assintomáticas com uma semana de evolução. A observação apresentava pápulas eritematosas e múltiplas pústulas distribuídas pela região perioral e perinasal com extensão até canto interior do olho direito. Foi tratada com azitromicina 10mg/kg/dia durante 2 semanas e eritromicina creme, juntamente com suspensão da terapêutica inalatória, com resolução completa da dermatose.

A dermatite periorifical tem sido descrita na população pediátrica desde os 3 meses de idade, em doentes sujeitos a tratamento com corticoesteróides tópicos ou inalados. O uso de esteróides fluorinados representa um factor de risco importante, como nos casos apresentados. Para diminuir a incidência de DP, aconselha-se a utilização de boquilha inalatória (sempre que possível), como alternativa às máscaras de inalação, permitindo diminuir a superfície cutânea exposta à corticoterapia e também a lavagem da boca e da pele circundante com água após cada inalação. O tratamento de escolha da DP na idade pediátrica é o metronidazol tópico. Para os doentes com quadros exuberantes ou lesões extra-faciais recomenda-se a antibioterapia sistêmica do grupo de tetraciclina ou macrólidos, dependendo da idade da criança.

## P06 - Poroqueratose linear – A propósito de um caso clínico

Diogo Teixeira; A. Furtado; J. Lopes; A. Cristina Sousa; A. Baptista; E. Ferreira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

A poroqueratose é uma doença rara, de etiologia desconhecida, enquadrada no grupo das proliferações epidérmicas. Pode ser classificada clinicamente em 5 variantes (poroqueratose de Mibelli, poroqueratose actínica superficial disseminada, poroqueratose palmar e plantar disseminada, poroqueratose superficial disseminada e poroqueratose linear), tendo em comum entre si a presença na histopatologia de lamela córnea.

Apresentamos um doente do sexo masculino de 8 anos que recorre à consulta de Dermatologia Pediátrica por lesão na face externa do braço, com 7 anos de evolução. Ao exame objetivo o doente apresentava múltiplas pápulas, algumas confluindo numa placa, hipopigmentada, de centro atrófico rosado, descamação em colarete à periferia, de bordos irregulares muito bem definidos, limites precisos, distribuição em banda longitudinal e dimensões entre 5-35 mm de maior eixo. À dermatoscopia observava-se bordo acrómico e pigmentação granular fina central.

O doente foi submetido a biópsia cutânea, que revelou epiderme com ortoqueratose e ocasionais lamelas córneas em áreas de hipogranulose, aspetos compatíveis com a hipótese clínica de poroqueratose linear.

O doente foi tratado com dois ciclos de 10 segundos de crioterapia e posterior aplicação de tretinoína em creme a 0.05% durante 3 meses, com resolução quase total do bordo hiperqueratótico, mantendo-se a área central atrófica.

A poroqueratose linear é a poroqueratose com maior risco de malignização. Assim, embora não haja consenso quanto ao tratamento mais eficaz, este deve ser tentado, e os doentes devem manter vigilância periódica no dermatologista, para reconhecimento atempado de eventuais complicações. Este caso ressalta a necessidade de estar alerta para esta entidade, cujo índice de suspeição poderá permitir um reconhecimento e tratamento precoces.

## P07 - Pitiríase rubra pilar em idade pediátrica eficazmente tratada por UVB de banda estreita

Pedro Miguel Garrido<sup>1</sup>, S. Fernandes<sup>1</sup>; L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>; P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) – Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular (IMM), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – Lisboa, Portugal.

Introdução: A pitiríase rubra pilar (PRP) é uma dermatose inflamatória crónica, eritemato-descamativa. A sua incidência tem uma distribuição bimodal, tendo até 40% dos casos início em idade pediátrica. O tratamento da PRP é desafiante e a evidência científica que o suporta pouco robusta. A fototerapia é uma opção terapêutica, com eficácia reportada variável.

Caso clínico: Criança do género feminino de 7 anos, natural da China, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Referenciada a consulta de Dermatologia Pediátrica por dermatose pruriginosa, disseminada e simétrica, caracterizada por placas eritemato-descamativas coalescentes no tronco e membros. Realizada biópsia cutânea, sugestiva de psoríase.

Foi medicada com a associação de calcipotriol 0,5 mg/g e dipropionato de betametasona 0,05 mg/g, espuma cutânea, com melhora transitória. Instituída terapêutica com ciclosporina, com incremento de dose até 3 mg/kg/dia e progressiva melhora, mas com hirsutismo da face e do dorso. Salienta-se também fáceis em lua cheia, áreas de atrofia cutânea e de estrias violáceas nos membros inferiores. Realizada avaliação laboratorial que documentou supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, pelo que foi referenciada a consulta de Endocrinologia.

Apesar da terapêutica, a criança mantinha dermatose disseminada, com lesões extensas e com evidência de pápulas foliculares hiperqueratósicas, coalescentes, em ambas coxas e de placas eritematosas alaranjadas, bem delimitadas, com ilhas de pele sã. Repetida biópsia cutânea que foi compatível com PRP, com características ictiosiformes. O estudo do gene CARD14 não identificou qualquer mutação.

Decidida suspensão de ciclosporina e de terapêutica tópica e iniciada fototerapia nbUVB. Cumpriu 30 sessões, com uma dose cumulativa total de 19 J/cm<sup>2</sup>, com adequado controlo da dermatose, que mantém após seis meses.

Discussão: A PRP é uma dermatose inflamatória rara, de difícil diagnóstico, particularmente em formas de apresentação atípicas. O tratamento é desafiante e limitado pela ausência de consensos sobre a melhor opção terapêutica. Apesar da PRP poder ser fotoagravada, a fototerapia é uma alternativa eficaz num subgrupo de doentes.

## P08 - Pitiríase rubra pilar – a propósito de uma apresentação clínica incomum

Sandra Ferreira<sup>1</sup>, A. Machado<sup>1</sup>, A. Azevedo<sup>1</sup>, I. Lobo<sup>1</sup>, M. Selores<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

A pitiríase rubra pilar (PRP) é uma doença é uma dermatose inflamatória papuloescamosa rara, de origem desconhecida e com heterogeneidade clínica considerável.

Relatamos um caso de uma mulher de 46 anos de idade, com diagnóstico de psoríase vulgar desde 2015, medicada com tópicos com controlo razoável, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Foi observada na consulta de Dermatologia do CHUP em 2018 por dermatose recorrente com episódios de agravamento e melhora desde há mais de 1 ano, que se caracterizava por múltiplas pápulas eritematodescemativas foliculares liquenóides dispersas pelo tronco e membros, eritema alaranjado de toda a face com descamação fina eczema seborreico-like, queratodermia palmar, e eritema e descamação no couro cabeludo associados a áreas de alopecia. As lesões inicialmente apareceram nos membros inferiores com progressão ao tronco e membros superiores e posteriormente à face. Sem atingimento das mucosas.

A biópsia cutânea foi compatível com PRP. A doente iniciou tratamento com acitretina 25 mg por dia com evolução clínica favorável, apresentando atualmente apenas máculas hipo e hiperpigmentadas pós-inflamatórias residuais.

A apresentação clínica da nossa doente foi atípica não encaixando nem na forma clássica nem na forma atípica do adulto. A ausência de distribuição cefalo-caudal das lesões e de coalescência das pápulas em placas vermelho-alaranjadas descamativas com ilhas poupadoras de pele, e a presença de alopecia e lesões eczema-like, são sugestivas do diagnóstico de PRP tipo II. Também a cronicidade do quadro é a favor deste subtipo de PRP. No entanto, a ausência de descamação ictiosiforme sobretudo nos membros inferiores e de descamação lamelar palmoplantar não favorecem o diagnóstico da forma atípica.

Portanto, com este caso realçamos a importância da correlação clínica e histológica e a importância do reconhecimento da possibilidade de existirem apresentações clínicas mais atípicas de forma a se poder realizar o diagnóstico correto e a instituir a terapêutica adequada.

## P09 - Fluconazol oral no tratamento da leishmaniose cutânea: caso clínico

Catarina Queirós<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 e Universitário de Lisboa Norte

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

A leishmaniose é uma parasitose causada pelo protozoário *Leishmania* spp, afetando anualmente cerca de 0,7 a 1,2 milhões de indivíduos a nível mundial. A sua forma cutânea compreende um amplo espectro de manifestações clínicas, desde lesões cutâneas localizadas únicas ou múltiplas até afeção generalizada da pele ou das mucosas. A terapêutica sistémica com antimónio pentavalente ou miltefosina permaneceu como tratamento de primeira linha para a leishmaniose durante várias décadas; no entanto, a necessidade diária de administração de injetáveis e os seus efeitos laterais tornam estas alternativas pouco práticas e seguras.

Descrevemos o caso de uma mulher de 72 anos, observada em consulta de Dermatologia por mancha eritematosa na região mandibular direita com 6 meses de evolução. Negava prurido, ardor ou qualquer outra sintomatologia associada. Referia aplicação prévia de corticoide, antibiótico e anti-fúngico tópicos, sem qualquer resposta. Foi realizada biópsia cutânea que revelou infiltrado inflamatório linfocitário ocupando toda a derme; no citoplasma dos histiócitos observavam-se inúmeros amastigotas. O diagnóstico de leishmaniose cutânea foi confirmado por PCR, tendo sido iniciada terapêutica com fluconazol oral 200 mg/dia, com resposta completa ao fim de 6 semanas, confirmada histologicamente.

Embora raramente fatal, a leishmaniose cutânea pode estar associada a morbidade considerável, com risco de deformidades físicas importantes. A terapêutica com anti-fúngicos azólicos orais tem mostrado eficácia em vários estudos in vitro e casos clínicos. Os efeitos anti-leishmania destes agentes resultam da inibição da 14 $\alpha$ -desmetilação do lanosterol (mediada pelo citocromo P-450), o que bloqueia a síntese do ergosterol e provoca uma acumulação de 14  $\alpha$ -metil esteróis; esta inibição da biossíntese de esteróis leva a uma inibição do crescimento da leishmaníase. Os anti-fúngicos azólicos têm a vantagem de poderem ser administrados oralmente, possuem uma longa semivida e atingem elevadas concentrações na pele, tornando-os assim alternativas terapêuticas promissoras na abordagem desta infeção.

## P10 - Doença de Hansen: diagnóstico a relembrar num mundo global

Mariana Batista, F. Alves, J. Cardoso, A. Figueiredo

Serviço de Dermatologia. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A Doença de Hansen, considerada erradicada em Portugal desde os anos 80, permanece endémica em certas regiões da Ásia, África e América Central e do Sul.

Observámos uma mulher de 36 anos, de nacionalidade brasileira, residente em Portugal há 17 anos, com uma dermatose com 2 anos de evolução e queixas de alteração da sensibilidade do pé esquerdo. O exame objetivo revelou múltiplas lesões papulo-nodulares, eritemato-acastanhadas, endurecidas, ao nível da pele do lábio superior, região intercililar, mento e dorso do nariz, distribuídas simetricamente. Apresentava igualmente infiltração difusa da região malar, resultando na aparência de fácies leonina. Nos membros inferiores, também simetricamente distribuídos, observavam-se múltiplos nódulos subcutâneos com hiperpigmentação da pele sobrejacente. O exame neurológico mostrou diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa do pé esquerdo, não sendo objetiváveis feixes nervosos palpáveis ou deformações ósseas. Uma biópsia incisional revelou um infiltrado dérmico difuso com tropismo peri-écrico e peri-neural, constituído predominantemente por histiócitos de aspeto espumoso. A coloração pela técnica de Ziehl-Neelsen modificada demonstrou numerosos bacilos intracelulares, formando conglomerados dispersos. Foi estabelecido o diagnóstico de Lepra lepromatosa tendo a doente iniciado terapêutica

antibacilar tripla com rifampicina, clofazimina e dapsona. Os contactos próximos da doente foram observados, nenhum apresentando alterações suspeitas.

A doença de Hansen, causada pelo *Mycobacterium leprae*, manifesta-se na forma de lesões cutâneas e envolvimento neurológico. Dependendo do nível e tipo de imunidade, a doença pode assumir 2 formas maior: lepromatosa e tuberculoide, com formas intermédias entre estes dois polos opostos. O período incubação é muito variável, tipicamente entre 4-10 anos, podendo ser superior a 3 décadas. Se não for atempadamente diagnosticada e tratada a doença pode ser estigmatizante, causando deformação e incapacidade importantes. Trata-se, no entanto, de uma doença curável e com excelente prognóstico pelo que o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais na estratégia de controlo da doença.

## P11 - Púrpura Retiforme causada por *Morganella morganii*

Rebeca Calado, M. Relvas, M. Brites, J. Cardoso

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento de Dermatologia

A púrpura retiforme resulta da obstrução microvascular cutânea, traduzindo-se em lesões purpúricas de aspeto serpiginoso ou estrelado, cursando com necrose cutânea. Tem variadas causas- trombóticas, infecciosas ou embólicas, e um amplo espectro de diagnósticos diferenciais (calcifilaxia, síndrome antifosfolipídico, necrose cutânea induzida pela varfarina, coagulação intravascular disseminada, défice de proteínas anticoagulantes, crioglobulinas, êmbolos de colesterol).

Reportamos o caso de um homem de 84 anos que recorreu à urgência por desorientação, febre (40º) e hipotensão. Horas depois, desenvolveu placa eritemato-purpúrica, de conformação geográfica e bordos reticulados, progredindo para área central de descolamentos bolhosos de conteúdo hemorrágico, no abdómen, esboçando lesões semelhantes nas coxas bilateralmente, de menores dimensões. Tinha antecedentes de psoríase, aneurisma da aorta e doença renal crónica. Não tinha iniciado novos fármacos, nem tomava anticoagulantes. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e agudização da insuficiência renal. Colheu hemoculturas, com isolamento de *Morganella morganii* resistente à penicilina, pelo que iniciou levofloxacina 500mg id.

O estudo da coagulação, crioglobulinas e autoimunidade, feitos já no internamento, foram negativos.

A biópsia cutânea revelou necrose de toda a espessura da epiderme, com vasos marcadamente congestivos e trombosados na porção superficial da derme. Havia ainda extravasamento de glóbulos vermelhos e um infiltrado inflamatório escasso, sendo estas alterações compatíveis com um síndrome vaso-oclusivo de pequenos vasos, enquadrável no espectro da púrpura retiforme.

Sob antibioterapia e fluidoterapia, melhorou clinicamente. As lesões cutâneas evoluíram para áreas úlcero-necróticas, com necessidade de desbridamento e de cuidados de penso especializados. Ao fim de 3 meses, com reepitelização completa.

O caso descrito trata-se de um quadro de púrpura retiforme a *Morganella morganii*. Importa, no entanto, colocar inicialmente a hipótese de púrpura fulminans, condição potencialmente fatal mas que, além de necrose cutânea cursaria com alterações graves da coagulação.

A púrpura retiforme é um sinal dermatológico importante, pois pode implicar envolvimento multissistémico e exigir rápida atuação.

## P12 - Sinal de Hoagland

Frederico Bonito; D. Cerejeira; H. Cunha

Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada – Serviço de Dermatovenereologia

Introdução:

As características clínicas típicas da mononucleose infecciosa (MI) incluem febre, faringite, linfadenopatia e fadiga. O edema palpebral é um sintoma menos comum, surgindo geralmente como manifestação inicial da doença, e foi descrito pela primeira vez por Hoagland.

Caso clínico:

Jovem do sexo feminino, 17 anos, saudável, sem medicação habitual ou alergias conhecidas, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de edema palpebral bilateral com 5 dias de evolução. Referia mal-estar geral, fadiga e anorexia desde há 2 dias e odinofagia desde há 1 dia. Negava dor ou prurido ocular ou nas pálpebras, picada de inseto, ingestão de medicamentos, de produtos de ervanária ou de alimentos fora do vulgar, ou utilização de cosméticos. Ao exame físico observava-se edema das pálpebras superiores, sem alterações cutâneas ou oculares e sem edema periférico, e verificava-se ligeiro eritema e hipertrofia das amígdalas e linfadenopatia cervical, sem hepatosplenomegalia. Analiticamente verificava-se neutropenia relativa, linfocitose absoluta, elevação da velocidade de sedimentação e elevação ligeira das transaminases com prolongamento do tempo de protrombina. O diagnóstico clínico de MI pelo vírus Epstein-Barr (EBV) foi confirmado com os marcadores serológicos que se mostraram positivos (IgM-VCA EBV e IgG-VCA EBV positivos; EBNA negativo). O tratamento foi sintomático e o quadro reverteu espontaneamente.

Discussão e conclusão:

O sinal de Hoagland refere-se ao edema palpebral bilateral, geralmente das pálpebras superiores, no contexto de MI ao EBV. A causa, embora desconhecida, pode estar relacionada com a replicação nasofaríngea do vírus, linfoproliferação e obstrução linfática. É um sinal útil para distinguir a MI de outras

causas de faringite viral ou de faringite estreptocócica. Existem poucas referências a este sinal na literatura, embora possa estar presente em até 1/3 dos doentes. O reconhecimento deste sinal pode ser útil no diagnóstico precoce da doença. Este caso enfatiza a importância da inclusão da MI no diagnóstico diferencial de edema periorbitário.

## P13 - Onicomiose por fungos não dermatófitos – relato de 3 casos

Sandra Ferreira<sup>1</sup>, A. Azevedo<sup>1</sup>, G. Velho<sup>1,2</sup>, V. Lopes<sup>3</sup>, M. Selores<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

<sup>3</sup> Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto

Onicomiose é uma infeção fúngica das unhas mais frequentemente causada por fungos dermatófitos. No entanto, têm sido descritos casos de onicomiose com fungos não dermatófitos (FND) como agentes causais. Descrevemos 3 casos de onicomiose por FND observados no nosso serviço.

Caso 1: Mulher de 25 anos, caucasiana, saudável, com história de distrofia ungueal do hálux direito, sem história de trauma prévio, com mais de 1 ano de evolução. Realizou vários tratamentos tópicos e sistémicos sem sucesso. Isolado (3 amostras) em cultura de de *Sabourand* e exame microscópico *Paecilomyces lilacinus*. Iniciou tratamento com cetoconazol oral sem melhoria, pelo que foi submetida a matrissectomia e subsequente aplicação de amorolfina durante 6 meses com resolução do quadro.

Caso 2: Mulher de 23 anos, caucasiana, saudável, com história de distrofia ungueal do hálux esquerdo, sem história de traumatismo, com anos de evolução. Realizou vários tratamentos, incluindo ablação da unha, sem resultado. Isolado (3 amostras) em cultura de *Sabourand* e exame microscópico *Aspergillus versicolor* group. Fez tratamento com itraconazol em pulsos durante 6 meses sem resolução, tendo sido orientada para realização de matrissectomia e tratamento tópico pós-operatório.

Caso 3: Homem de 45 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais de relevo, com descoloração amarelada da lâmina ungueal e onicolise com cerca de 6 meses de evolução. Na cultura de *Sabourand* e exame microscópico foi isolado *Aspergillus niger*. Realizou tratamento com itraconazol em pulsos e ciclopirox tópico durante 6 meses com resolução das queixas.

A prevalência mundial de onicomiose por FND aumentou recentemente, no entanto, os dados disponíveis são confusos e muitas vezes contraditórios, provavelmente devido ao pequeno número de casos relatados na literatura. A dificuldade observada no tratamento das onicomioses causadas por FND realça a importância da realização do exame micológico para identificação do agente causal e instituição terapêutica adequada.



## P14 - Rosacea-like tinea barbae

Rita Bouceiro-Mendes<sup>1</sup>, T. Marques<sup>2</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Infecologia

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

**Introduction:** Tinea barbae is a dermatophyte infection that is limited to the bearded areas of the face and neck. The most frequent etiological agents are *Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum* and *T. tonsurans*. Tinea barbae may display a wide and variable range of clinical features including erythema, patches, induration, vesicles, pustules, papular and circinate lesions. This infection is often deceptive and may clinically mimic other facial dermatoses. We report a case of a patient with lesions that clinically appeared to be rosacea.

**Case Report:** A 73-year-old Caucasian man presented with a six-month history of facial lesions associated with mild pruritus and a slightly burning sensation. The patient had been applying topical metronidazol for the past 3 months with no improvement. He had also been treated with topical erythromycin (the lesions were first diagnosed as bacterial folliculitis). Physical examination revealed erythematous papules and patches on the face with pustules, resembling rosacea. However, in the edges of the lesions, a fine dusty scaling suggestive of mycotic scales was noticed. Scales were scrapped and KOH examination was positive with multiple hyphae and septate filaments. The patient was treated with oral itraconazole (100mg/day) for 6 weeks with complete clinical resolution.

**Discussion:** As many as 70% of patients with tinea faciei and barbae are initially misdiagnosed as having other dermatoses including rosacea because of the wide range of presentations. It is important to be aware of the possibility of tinea barbae, especially when patients are not responding to other treatments. Besides, a KOH preparation allows an easy diagnosis and appropriate treatment.

## P15 - Diagnóstico diferencial de erupção pustulosa

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>; A. Rodrigues<sup>1</sup>, V. Lopes<sup>2</sup>; M. Selores<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup> Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

**Caso clínico:** Doente do género feminino, 45 anos, com antecedentes de esclerose múltipla e síndrome depressivo, medicada com acetato de glatirâmico, cloridrato de amitriptilina, respectivamente. Referia aparecimento de lesões pustulosas nos membros superiores e nádegas com 3 semanas de evolução. Com antecedentes de 2 episódios semelhantes nos últimos 3 anos de menor intensidade e resolução espontânea. Medicada com flucloxacilina 500 mg oral (6/6 horas) sem melhoria. Clinicamente, observavam-se múltiplas vesículas e pústulas flácidas na periferia de erosões arredondadas e anelares com bordo descamativo localizadas no braço direito, com erosões arredondadas de fundo avermelhado no antebraço contralateral e nádegas. Realizada biópsia cutânea que identificou bolha predominantemente subcórnea, focalmente intraepidérmica, de conteúdo abundantemente neutrofílico. Estudos histoquímicos com PAS-D e Gram e estudo de imunofluorescência direta foram negativos. O exame microbiológico de conteúdo de pústula foi negativo. Contudo, o estudo micológico do conteúdo de pústula identificou a presença de *Trichophyton mentagrophytes*. A doente confirmou posteriormente o contacto com coelhos. Foi instituída terapêutica com itraconazol 200 mg/dia durante 2 semanas com resolução completa de todas as lesões.

**Conclusão:** Este caso ilustra a variabilidade clínica das dermatofitoses zoofílicas e a sua associação a dermatofitoses, correspondentes às erosões circulares identificadas em áreas distantes do tegumento. Reforça-se ainda a necessidade de um inquérito epidemiológico persistente que pode auxiliar na identificação de contactos relevantes e na marcha diagnóstica e terapêutica.

## P16 - Detecção precoce de infeção usando a luz de Wood

Joel Reis<sup>1</sup>; G. Cunha Velho<sup>1,2,3</sup>; M. Selores<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal

<sup>2</sup> Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Homem de 67 anos, seguido desde 2013 por úlceras venosas e vasculopatia livedóide do membro inferior. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento da dor no local das úlceras. Ao exame objetivo observámos no membro inferior esquerdo pensos com exsudado esverdeado sobre duas úlceras, uma na região gemelar, com 15\*3 cm, e outra na região maleolar interna com 5\*4 cm, recobertas de exsudado abundante de tom esverdeado, bordos hiperqueratósicos e fundo com áreas de fibrina e necrose associadas a sinais inflamatórios perilesionais. O exame com lâmpada de Wood mostrou um intenso verde fluorescente no leito da ferida e no exsudado do penso. O exame bacteriológico do exsudado confirmou a presença de *Pseudomonas aeruginosa*. O doente foi tratado com Piperacilina/Tazobactam e cuidados de penso com evolução favorável.

**Conclusão:**

A lâmpada de Wood é capaz de detetar precocemente a infeção de erosões e úlceras por *P. aeruginosa* (queimaduras cutâneas, SSI/NET, ectima gangrenoso), porque estas produzem pioverdina, que tem fluorescência verde. A fluorescência é detetada quando a contagem de bactérias excede 10<sup>5</sup>/cm<sup>2</sup>. As pioverdinas são um grupo de compostos solúveis verde-fluorescentes produzidas por diferentes espécies de *Pseudomonas*. Estes compostos tem um papel fundamental na infeção e virulência da *Pseudomonas*, nomeadamente no metabolismo do ferro e na formação do biofilme.

Assim, a luz de Wood é uma importante técnica complementar de diagnóstico na infeção por *P. aeruginosa*, de fácil uso e que permite o tratamento precoce sobretudo em casos dúbios.

## P17 - Orf - relato de caso clínico

Luis Santiago, F Alves, J Calvão, J Cardoso, A Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Orf é uma zoonose altamente contagiosa causada pelo vírus Orf, pertencente ao género Parapoxvírus, que infecta principalmente ovelhas e cabras. Surge habitualmente em contexto ocupacional por contacto directo com animais infectados ou objectos contaminados.

Descrevemos o caso de uma mulher de 59 anos, sem antecedentes de relevo, que apresentava 2 placas dolorosas eritemato-violáceas com 2 e 5 cm a nível da face dorsal do polegar direito e 1º espaço interdigital da mão esquerda com 2 semanas de evolução. À observação apresentavam centro umbilicado rodeado por halo violáceo. Referia contacto com ovelhas e cabras que apresentavam placas crostosas periorais. O exame histopatológico confirmou a hipótese clínica de Orf. A doente iniciou antisséptico local para prevenção de infeção secundária e verificou-se regressão completa da lesão em 5 semanas.

Orf é caracterizado por lesões únicas ou múltiplas, habitualmente a nível das mãos, que adquirem aspecto em alvo, com formação de pústula ou bolha hemorrágica que posteriormente ulcera. Apresenta evolução por 6 estádios clínicos ao longo de 6-8 semanas após um período de incubação de 3-7 dias. Pode ser acompanhado por linfangite, linfadenopatia, febre, celulite ou eritema polimorfo.

O diagnóstico é habitualmente clínico, baseado na presença de lesões características e na história de exposição a animais infectados. Os achados histopatológicos característicos incluem vacuolização de queratinócitos, vesículas e corpos de inclusão eosinofílicos intracitoplasmáticos. O diagnóstico diferencial inclui antrax cutâneo, micobacteriose atípica, leishmaniose cutânea e dermatoses neutrofílicas. Não há tratamento específico, verificando-se resolução das lesões em 6-8 semanas.

Este caso clínico reforça a importância da recolha detalhada da história epidemiológica do doente, que permite o diagnóstico precoce desta patologia e evita a realização de investigações diagnósticas extensas e procedimentos cirúrgicos desnecessários.

## P18 - Uma forma rara de balanite

Bruno Duarte<sup>1</sup>, A. Rodrigues<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

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

A Sífilis é uma doença antiga que está a reemergir a nível global. Reconhecer as suas apresentações atípicas é fundamental para o diagnóstico e tratamento desta entidade clínica de elevada importância a nível individual e em Saúde Pública.

Apresentamos o caso de um doente de 23 anos de idade, HSH, VIH-positivo com excelente controlo imunoviológico sob Abacavir / Dolutegravir / Lamivudina, que recorreu por uma lesão assintomática na glândula com 2 semanas de evolução. Este doente já havia sido observado em urgência polivalente por duas vezes, tendo sido tratado com terapêuticas tóxicas (betametazona, clotrimazole) e sistémicas (cefixima, azitromicina) sem benefício. O exame objetivo demonstrou uma placa eritematosa mal delimitada, endurecida, ocupando a maior parte da glândula. Palpavam-se adenomegalias indolores inguinais bilaterais. Os testes serológicos demonstraram uma subida de 4x o título prévio de VDRL (1:2 -> 1:8). Todos os outros testes efetuados (incluindo pesquisa por PCR na urina de *chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrhoea* e *mycoplasma genitalium*) foram negativos. Estes achados, em conjunto com a resolução completa da lesão após uma dose única de penicilina benzatínica intramuscular 2,4 M.U., confirmaram o diagnóstico de Balanite Sifilítica de Follmann.

A Balanite Sifilítica de Follmann é uma apresentação pouco comum e subdiagnosticada de Sífilis primária, estando relatados menos de 100 casos na literatura. Apesar da sua história natural contemplar a resolução espontânea na ausência de tratamento, o doente permanecerá ainda assim infeccioso e sob risco de complicações a longo prazo. Numa era em que a Sífilis recrudescer no mundo ocidental, a comunidade médica deve estar alerta para as apresentações típicas e atípicas de sífilis precoce, já que elas representam oportunidades de ouro para quebrar a cadeia de infeção e prevenir sequelas futuras.

## P19 - Nódulo da Irmã Mary Joseph como manifestação cutânea de adenocarcinoma gastrointestinal

Jorge Lopes, D. Teixeira, C. Sousa, A. Baptista, A. Moreira

Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

O nódulo da Irmã Mary Joseph é uma lesão nodular palpável da região umbilical decorrente de uma neoplasia maligna abdominal ou pélvica. Associa-se, habitualmente, a uma fase avançada do tumor, com metástases peritoneais e um mau prognóstico clínico.

Apresentamos o caso de um doente de 51 anos, do sexo masculino, referenciado à Consulta de Dermatologia por uma lesão dolorosa da região abdominal com um ano de evolução. Ao exame objetivo apresentava uma placa eritemato-violácea com crosta central, endurecida, de cerca de 35 mm de maior eixo, com componente profundo cujos limites ultrapassavam os da lesão cutânea. A biópsia da lesão revelou aspetos sugestivos de adenocarcinoma com perfil imunohistoquímico de tipo intestinal. A laparotomia exploradora revelou uma massa tumoral a envolver o cólon sigmoide, implantes peritoneais de grandes dimensões e uma vesícula biliar pétreia compatível com aparente neoformação primária. O doente viria a falecer algumas semanas após o diagnóstico.

Este caso enfatiza a importância de uma atitude diagnóstica proactiva na presença de lesão nodular da região umbilical, no sentido de descartar neoplasia interna.

## P20 - Prurido intratável como manifestação de Linfoma T periférico

Maria José Guimarães, R.Caldas, F. Almeida, J. Gomes, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E

O linfoma de células T periférico sem outra especificação (SOE) corresponde a um grupo heterogéneo de linfomas de células T maduras, que não se

enquadra em nenhuma das outras entidades definidas pela WHO-EORTC. Apresenta-se, mais frequentemente, como doença disseminada e os doentes manifestam sintomas B e linfadenopatia generalizada. O envolvimento extranodal é comum, nomeadamente na pele e aparelho digestivo.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, de 74 anos, assintomático até janeiro de 2019, altura em que iniciou sintomas de prurido generalizado sem lesões cutâneas, refratário a tratamentos tópicos, anti-histamínicos, ou tratamento empírico para escabiose.

Este quadro progrediu rapidamente para infiltração cutânea com início no tronco e disseminação centrífuga, com lesões de coceira associadas e uma deterioração progressiva do estado geral com insuficiência renal e respiratória, que motivaram o internamento do doente em abril de 2019.

O estudo analítico revelou elevação das cadeias leves séricas e urinárias, elevação de B2 microglobulina e a TC demonstrou infiltrados pulmonares e derrame pleural, assim como linfadenopatias generalizadas. O doente realizou biópsia cutânea, cujo resultado histopatológico e imunohistoquímico foi compatível com linfoma T periférico SOE de células T CD4, com franca expressão de MUM1, favorecendo processo linfoproliferativo agressivo.

Apesar das medidas terapêuticas, houve um agravamento progressivo e o doente acabou por falecer ao 8º dia de internamento.

Conclusão:

O linfoma de células T periférico SOE enquadra-se, segundo a WHO e EORTC, nos linfomas cutâneos primários com comportamento clínico agressivo. Neste caso, a apresentação com prurido generalizado refratário a terapêuticas convencionais, inicialmente sem lesões cutâneas, conduziu a um atraso no diagnóstico, o que poderá ter contribuído para o desfecho rápido. Não obstante, mesmo com regimes de quimioterapia agressiva, trata-se de um linfoma agressivo, com recidivas frequentes e sobrevida global aos 5 anos a rondar os 20 a 30%.

## P21 - Acantoma de células claras: a importância do reconhecimento de um padrão dermatoscópico

Catarina Queirós<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>2</sup>, A. Laureano Oliveira<sup>1,3</sup>

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

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

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

Introdução: O acantoma de células claras é uma neoplasia cutânea benigna rara, que geralmente se manifesta como uma pápula ou nódulo eritematoso solitário nas pernas de indivíduos adultos. Dada a semelhança clínica com outras neoplasias, o diagnóstico é frequentemente estabelecido apenas após a sua excisão cirúrgica. No entanto, a dermatoscopia desta lesão revela aspetos característicos, permitindo o seu correto diagnóstico de uma forma não invasiva.

Casos clínicos: Apresentamos os casos de dois indivíduos, de 52 e 63 anos, observados em consulta por pápula rosada, translúcida, de bordos regulares e limites bem definidos, localizada num dos casos no joelho e no outro no braço. A dermatoscopia de ambas as lesões revelou a presença de vasos punctiformes e glomerulares rodeados por halo esbranquiçado, dispostos em linhas, num dos casos com cruzamentos entre si, formando uma imagem semelhante a um “colar de pérolas”. As duas lesões foram excisadas, e o exame histopatológico mostrou uma proliferação epitelial intraepidérmica acantósica, de limites laterais bem definidos, constituída por queratinócitos com citoplasma pálido abundante, e recoberta por paraqueratose focal, aspetos compatíveis com acantoma de células claras.

Discussão: O acantoma de células claras é uma lesão infrequente na prática clínica diária, pelo que o seu diagnóstico é frequentemente esquecido. Para além disso, no diagnóstico diferencial desta lesão incluem-se outras bastante mais frequentes, tais como queratose actínica, verruga viral, granuloma piogénico, dermatofibroma ou carcinoma basocelular. Apesar do difícil reconhecimento clínico, o acantoma de células claras tem um padrão dermatoscópico particular e específico, caracterizado pela presença de vasos punctiformes distribuídos linearmente e de forma simétrica, num padrão semelhante a um colar de pérolas. Com estes dois casos pretendemos alertar para a importância do reconhecimento deste padrão dermatoscópico, capaz de evitar biópsias ou excisões cirúrgicas desnecessárias.

## P22 - Eletroquimioterapia com administração de bleomicina intravenosa no tratamento de sarcoma de Kaposi

Joana Barbosa<sup>1</sup>, M. Coelho<sup>1</sup>, J. Bártolo<sup>2</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Unidade de Outros tumores sólidos (OTS), Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

O sarcoma de Kaposi clássico é um tumor infrequente, de carácter crónico, que ocorre em doentes de idade avançada, sem antecedentes de infeção pelo HIV ou imunossupressão. O espectro clínico é extremamente variável, podendo manifestar-se por nódulos ou placas azul-violáceas ou eritemato-acastanhadas, de consistência dura, associando-se, frequentemente, a complicações locais, como ulceração ou hemorragia. Este representa um verdadeiro desafio terapêutico dado o número, localização e distribuição das lesões cutâneas.

A eletroquimioterapia (EQT) é um método terapêutico usado no tratamento de tumores cutâneos primários ou metastáticos, sendo considerado seguro e eficaz no tratamento do sarcoma de Kaposi clássico, especialmente na presença de lesões múltiplas. Esta técnica combina a administração de fármacos citotóxicos por via endovenosa, como a bleomicina, seguida da aplicação de pulsos elétricos de alta intensidade nas lesões tumorais.

Apresentam-se 2 casos de doentes com sarcoma de Kaposi clássico, refratários a outros tratamentos (radioterapia, excisão cirúrgica). Foram submetidos a EQT com administração de bleomicina intravenosa, com resposta completa em ambos os casos, sem sinais de recidiva, 3 e 6 anos após o tratamento.

## P23 - Melanoma numa unidade privada de saúde: estudo retrospectivo dos últimos 5 anos no Sams, Lisboa

João Borges-Costa<sup>1,2</sup>, M Semedo<sup>1</sup>, C Serra<sup>1,3</sup>, N Castanheira<sup>1</sup>, S Turpin<sup>1</sup>, D Brito<sup>1</sup>, P Guerra<sup>1</sup>, A Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SAMS- Centro Clínico e Hospital, Lisboa;

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

<sup>3</sup>Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

O melanoma é o tumor maligno com o maior aumento de incidência em Caucásianos nas últimas décadas e é responsável por 80% da mortalidade associada ao cancro de pele.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar os casos de melanoma numa unidade privada de saúde, Sams em Lisboa, nos últimos 5 anos (2014-2018). Foram incluídos 91 doentes com melanoma maligno da pele e excluíram-se 3 doentes por o melanoma primário ter sido em outros órgãos. A média de idades foi 65 anos (s= 14,6), amplitude dos 22 aos 88 anos e a maioria (55%) era do sexo feminino. De acordo com as definições da organização mundial de saúde, 74% dos nossos doentes eram idosos e 13% muito idosos.

O dorso foi a localização mais frequente nos homens (n= 16) e os membros inferiores a mais frequente nas mulheres (n= 14).

Em 28% dos doentes, o melanoma era *in situ* e nos melanomas invasivos a média do índice de Breslow foi 1,1 mm com amplitude dos 0,2 aos 6 mm. Ulceração estava presente em 20%, mitoses em 39% e vinte doentes efetuaram gânglio sentinela, com positividade em seis.

No período do estudo faleceram quatro doentes, um com melanoma *in situ* e três com melanoma invasivo.

Os resultados do nosso estudo, com as limitações inerentes ao tamanho da amostra e ao facto de ser retrospectivo, são similares aos descritos em outras séries europeias. Salientaram-se o valor de índice de Breslow menor do que o observado em outras séries com melanomas invasivos, possível consequência da maior facilidade de acesso dos nossos doentes a consulta de especialidade, e a idade avançada de muitos dos doentes. A incidência do melanoma aumenta com a idade e os países europeus com maior envelhecimento populacional, como Portugal, poderão observar também um aumento do número de casos.

## P24 - Perfusão isolada de membro no tratamento de metástases em trânsito de carcinoma espinocelular

Joana Barbosa<sup>1</sup>, M. Coelho<sup>1</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Unidade de Outros tumores sólidos (OTS), Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

<sup>3</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo cancro cutâneo mais comum e a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. Apesar do prognóstico ser, na sua generalidade, favorável, existem características clínico-patológicas que, em indivíduos particularmente suscetíveis, apresentam maior risco de recorrência local, metastização à distância e, conseqüentemente, morte. A metastização locoregional e à distância é rara e, quando ocorre, associa-se a um prognóstico reservado.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 69 anos, transplantada renal sob terapia imunossupressora, com antecedentes de um CEC do membro inferior direito, invasivo, moderadamente diferenciado, submetido a exérese completa e encerramento com enxerto. Após 1 mês, refere o aparecimento de pápulas justacentrítricas, violáceas, de consistência dura, que evoluíram para nódulos de 3-4cm, exofíticos, ulcerados, hemorrágicos, localizados na face anterior e posterior do membro inferior direito, histologicamente compatíveis com metástases cutâneas de CEC. Concomitantemente, apresentava invasão ganglionar inguinal e ilíaca, documentada através de punção aspirativa de adenopatia palpável e posterior estadiamento por PET-TC.

Dada a irrecrescibilidade cirúrgica da doença já avançada com metastização locoregional, a doente foi submetida a uma perfusão isolada de membro (PIM), linfadenectomia inguinal e ilio-obturadora.

A perfusão isolada de membro é uma técnica eficaz e bem estabelecida no tratamento de tumores avançados das extremidades. As suas principais indicações são as metástases em trânsito de melanoma maligno e sarcomas de partes moles avançados. No entanto, estudos demonstram a sua eficácia em outros tumores, como é o caso do CEC localmente avançado, atingindo taxas de resposta completa promissoras.

## P25 - Síndrome de Nicolau após injeção subcutânea de Acetato de Glatirâmero

Joel Reis<sup>1</sup>; I. Raposo<sup>1</sup>; N. Lamas<sup>2</sup>; E. Santos<sup>3,4</sup>; M. Selores<sup>1,5,6</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal

<sup>3</sup>Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), Porto, Portugal

<sup>4</sup>Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto (UMIB/ICBAS/UP), Porto, Portugal

<sup>5</sup>Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>6</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

O acetato de glatirâmero é um fármaco aprovado para o tratamento da esclerose múltipla forma surto-remissão.

Homem de 36 anos, com obesidade, mas perda de cerca de 50kg no último ano, narcolepsia e medicado desde há 6 anos com acetato de glatirâmero por via subcutânea (40 mg 3x/semana) para o tratamento de esclerose múltipla, sem efeitos adversos até à data.

Referenciado ao serviço de urgência de dermatologia por lesões dolorosas no hipogastro esquerdo, com início 3 dias antes, após a injeção do fármaco neste local. Doente refere sensação de prurido aquando da injeção seguido de dor intensa em crescendo nas 24 horas seguintes e aparecimento de lesão cutânea após 48 horas. Ao exame objetivo observámos no hipogastro esquerdo uma placa com cerca de 15\*4 cm, eritematoviolácea de aspeto livedóide e algumas áreas de necrose e destacamento cutâneo. À palpação com infiltração do tecido subcutâneo e extremamente dolorosa. O estudo anatomopatológico da pele mostrou a presença de extensa necrose isquémica, com congestão vascular, mas sem sinais de trombos ou vasculite.

Por precaução suspendeu o fármaco, e iniciou tratamento com doxiciclina 100 mg 2 id e analgesia oral com opióides e AINEs com evolução favorável. O síndrome de Nicolau, ou embolia cutis medicamentosa, é uma reação grave relacionada com a própria administração do fármaco atribuída provavelmente à microembolização e vasoespasmos reflexos, causando necrose tecidual. A perda considerável de peso poderá ter contribuído para este fenómeno ao tornar mais superficial os vasos. A presença de púrpura retiforme é um sinal clínico altamente sugestivo de processo vaso-oclusivo como causa da necrose cutânea. Este tipo de reação é distinto das reações de hipersensibilidade e não contraindica a posterior utilização do acetato de glatirâmico. Até à data não existe um tratamento preconizado estando indicado por alguns autores o uso de heparina baixo-peso molecular, antibioterapia ou desbridamento cirúrgico.

## P26 - Lesões liquenóides orais induzidas pelo crizotinib

Nuno Gomes<sup>1</sup>, C. Raspaud<sup>2</sup>, E. Vigarios<sup>3</sup>, V. Sibaud<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Departamento de Pneumologia, Clinique Pasteur, Toulouse, França;

<sup>3</sup>Departamento de Medicina Oral, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França;

<sup>4</sup>Departamento de Oncodermatologia, Institut Claudius Regaud e Institut Universitaire du Cancer Oncopole, Toulouse, França

O crizotinib é um inibidor oral da *anaplastic lymphoma kinase* (ALK) aprovado pela *European Medicines Agency* (EMA) no tratamento do cancro de pulmão não-pequenas células (CPNPC) ALK positivo. Associa-se a um perfil de segurança dermatológico favorável, com uma baixa taxa de toxicidade cutânea.

Reporta-se o caso de uma mulher de 60 anos observada por lesões orais recorrentes, com afetação importante da qualidade de vida. Iniciou crizotinib por CPNPC ALK/ROS-1 positivo avançado, sem relato de outra medicação de novo. Dois meses após o início do tratamento, desenvolveu quadro de estomatite grau 2 (segundo o *National Cancer Institute - Common Terminology Criteria* [NCI-CTC], versão 4.0) com lesões ulceradas e placas com estrias brancas reticuladas da língua e mucosa oral, tanto na mucosa queratinizada como na não queratinizada. Estas lesões desenvolveram-se isoladamente, sem qualquer envolvimento da pele, unhas ou genitália. A biópsia da mucosa oral mostrou paraqueratose focal com hipergranulose e dermatite de interface liquenóide. Foi iniciado tratamento sintomático com creme de propionato de clobetasol 0.05% e promoção da higiene oral. Após 1 mês de tratamento, as lesões retornaram ao grau 1 da NCI-CTC e o tratamento com crizotinib foi continuado.

A toxicidade oral dos tratamentos alvo anti-neoplásicos permanece pouco caracterizada, sendo frequentemente descrita com termos inespecíficos. Porém, estes fármacos apresentam toxicidade oral característica, que difere da mucosite induzida pelos agentes de quimioterapia clássicos. Ademais, as reações liquenóides orais também foram associadas ao imatinib e rituximab, bem como aos inibidores de *checkpoint* imunológicos. Este caso clínico mostra que a reação liquenóide pode ser induzida pelo crizotinib, pelo que é essencial a avaliação sistemática da mucosa oral nos doentes tratados com este fármaco, de modo a compreender se estas lesões constituem efetivamente um efeito específico.

## P27 - Reação liquenoide tardia a pigmento exógeno de tatuagem

Miguel Alpalhão<sup>1,2,3</sup>; J. Antunes<sup>1,2,3</sup>; L. Soares-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, Universidade de Lisboa, Lisboa.

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

Um homem de 30 anos, caucasiano, recorre ao Serviço de Urgência de Dermatologia por máculas e pápulas, eritemato-violáceas, descamativas, com 2 semanas de evolução, acantonadas ao antebraço esquerdo, sobre área tatuada há 2 anos, com pigmento negro.

Estas lesões cutâneas dispõem-se em figuração paralela aos traços de tatuagem. Não foram identificadas outras lesões cutâneas no restante tegumento

Nega sintomatologia prévia, toma de fármacos ou contacto recente com noxas.

Foi colocada hipótese de dermite de contacto alérgica *versus* erupção liquenoide induzida pelo pigmento exógeno.

O estudo histopatológico revelou acantose irregular da epiderme com espongióse, sem necrose de queratinócitos, infiltrado predominantemente linfocitário perivasculares esboçando faixa horizontal na derme papilar, com alguns plasmócitos, focos de degenerescência hidrópica da basal e discreta exocitose, aspectos compatíveis com dermatose liquenoide.

Um mês após início de tratamento com clobetasol creme 0.5 mg/g *bid*, aplicado sobre as lesões, constatou-se resolução quase completa da dermatose.

A reação liquenoide é um dos padrões possíveis de reação a pigmento exógeno. Na literatura publicada, encontra-se uma predominância de reações a pigmento vermelho, sendo os casos associados a pigmento negro mais raros.

Estão também descritos padrões de reação eczematiforme, granulomatosa, e pseudoepiteliomatosa, que podem igualmente surgir no espaço de semanas a anos após a realização de tatuagens.

O tratamento destas reações assenta em corticoterapia tópica, utilizando em alguns casos LASER de 755nm ou 1064nm, para fotodisrupção do pigmento.

Além das dermatoses inflamatórias, têm sido descritos casos de neoplasia associada a pigmento de tatuagem, nomeadamente linfomas cutâneos e carcinomas espinocelulares.

Alguns autores recomendam, assim, que seja realizada biópsia em todos os doentes com dermatose em área de tatuagem.

O presente caso clínico evidencia portanto uma reação infrequente, com figuração peculiar, a acompanhar paralelamente as linhas de tatuagem, e alerta para as dermatoses associadas às tatuagens, cada vez mais presentes na sociedade.

## P28 - Pigmentação secundária à minociclina

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, M. Goretí Catorze, I. Viana

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

**Introdução:** A minociclina é utilizada no tratamento de diversas patologias, entre as quais, a acne, rosácea e dermatoses bolhosas autoimunes. Estima-se que a pigmentação secundária à minociclina ocorra em 3-15% dos doentes que realizam 100-200 mg/dia durante mais de um ano e que o risco seja superior quando se atingem doses cumulativas superiores a 70 gramas.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 70 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose e nefrectomia direita. Medicação habitual: sinvastatina, omeprazol, furosemida, aspirina e cálcio.

Desde novembro de 2017, com dermatose com distribuição simétrica pelos membros inferiores, caracterizada por placas urticariformes, pruriginosas, que melhoraram inicialmente com terapêutica tópica com betametasona.

Referenciada à consulta de Dermatologia, por agravamento progressivo e disseminação das placas urticariformes pelo tronco, membros superiores e inferiores, encontrando-se ainda algumas bolhas tensas associadas.

Foram realizadas biópsias para exame histológico e imunofluorescência direta, tendo sido realizado diagnóstico de penfigoide bolhoso e iniciada terapêutica com prednisolona 40 mg/dia + minociclina 100 mg/dia. Durante os meses seguintes foi realizado desmame progressivo da corticoterapia oral até 5 mg/dia.

Um ano após o diagnóstico inicial, objetivavam-se manchas reticuladas de cor negra, localizadas nas pernas, com distribuição irregularmente linear, associada a mancha negra única na mucosa oral, a nível do palato duro. As lesões surgiram de forma progressiva, sendo sempre assintomáticas.

Assumida hipótese de pigmentação secundária à terapêutica com minociclina, em doente com penfigoide bolhoso, com posterior suspensão do fármaco e desaparecimento progressivo da pigmentação.



Comentário: A incidência da pigmentação induzida pela minociclina parece ser ainda maior em dermatoses bolhosas autoimunes, devido à inflamação subclínica da pele ou das mucosas, que facilita a deposição do fármaco. A suspensão do fármaco pode levar a resolução espontânea lenta deste tipo de pigmentação. A pigmentação da mucosa oral é rara, dose independente e resolve após suspensão da minociclina.

## P29 - The importance of patch testing in DRESS 10 years after

Francisca Morgado, L. Santiago, M. Gonçalo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Objectives: Evaluate the value of PT in DRESS in the last 10 years, in comparison with our study in the preceding 10 years.

Methods: From 2009 to 2018, patients with DRESS according to the RegiSCAR criteria performed PT at the Dermatology Department of Coimbra University Hospital, with the main culprit drug(s) and all drugs administered concomitantly or suspected of inducing DRESS flares. Drugs at 1-10% pet (Chemotechnique diagnostics®) or from a commercial preparation diluted at 10% pet were patchtested according to ESCD guidelines.

Results: We studied 41 patients (20 male/ 21 female, mean age 53 years). The main culprits were allopurinol (15), antiepileptics (14), trimethoprim/sulfamethoxazole (4), salazopyrine (3), diclofenac (2), antiretrovirals, ezetimibe/simvastatin and strontium ranelate (1 each). In 15 patients other drugs (18) were suspected of worsening DRESS, amoxicillin (8), ciprofloxacin (2), ceftazidime (2), levofloxacin, ceftriaxone, ceftazidime, vancomycin, acyclovir and metamizole (1 each).

A positive PT to the culprit drug was observed in 10 patients (24,3%), all to antiepileptics. Positive reactions were observed to drugs related with flares in 12/18 suspected drugs (67%): amoxicillin (6), cephalosporins (3), vancomycin (1), acyclovir (1) and metamizol (1), but not to quinolones (3).

Conclusions: Results were similar to the study conducted 10 years before when 18/56 (32.1%) patients had positive PT, mostly to carbamazepine and other anticonvulsants and no positive reaction to allopurinol.

Distinct from our previous study, when no tests were performed with the antibiotic series or other drugs used after the initiation of DRESS, we showed that PT can be a valuable tool to diagnose co-sensitisation in DRESS and emphasise the importance of testing all medications taken during the whole episode, even when PT has no value for the main culprit drug, like allopurinol. Recognising a co-sensitisation can prevent a new DRESS induced by the second drug.

## P30 - SDRIFE – continuar ou interromper a terapêutica?

Leandro Silva, A. Catarino, B. Pimentel, J. Sousa, I. Viana

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

Doente do sexo feminino, 50 anos, com Adenocarcinoma do cólon sigmóide, estadio IV (metastização hepática extensa), desde novembro 2018. Iniciou esquema de quimioterapia FOLFIRI (ácido folínico, fluoracilo e irinotecano) em dezembro de 2018, com adição de cetuximab em janeiro de 2019.

Observada em consulta por dermatose com 2 semanas de evolução, não pruriginosa, com distribuição simétrica, bem-delimitada, que envolvia região axilar, cervical, pregas inter e inframamária, abdómen e região inguinal e que se caracterizava por vesículas, pápulas e placas eritematosas erosionadas.

Concomitantemente apresentava pápulas acneiformes, dispersas pela região mentoniana e perioral, cervical e membros superiores.

Sem afeção das mucosas, adenomegalias ou sintomas sistémicos. Analiticamente sem alterações, com exceção da elevação dos marcadores tumorais CEA e CA 19-9, que já era conhecida.

Até à data tinha realizado 15 ciclos de FOLFIRI + cetuximab, sendo que o último ciclo tinha sido realizado na semana prévia ao aparecimento da dermatose.

Foram colocadas como hipóteses diagnósticas: toxidermia e dermatite de contacto, tendo-se iniciado terapêutica com corticoterapia oral a 20 mg/dia

em desmame progressivo associada a doxiciclina 100 mg/dia. Foi realizada biópsia cutânea com achados sugestivos de toxidermia.

Conclusão: Symmetric Drug Related Intertriginous Flexural Exanthema (SDRIFE) é uma forma rara de toxidermia caracterizada por um eritema simétrico que afeta região inguinal, glútea e/ou axilar associada a eritema de outras áreas intertriginosas e sem outros sintomas sistémicos.

Os fármacos mais frequentemente associados a este tipo de toxidermia são os antibióticos. Contudo, existem 2 casos descritos na literatura de SDRIFE em doentes a realizar FOLFIRI + cetuximab, sendo que, em ambos os casos a responsabilidade da toxidermia foi imputada ao cetuximab.

Esta condição é benigna e auto-limitada, podendo a terapêutica ser mantida, havendo, no entanto, o risco de novos surtos com a repetida exposição aos fármacos.

## P31 - Granuloma piogénico periungueal após tratamento com tofacitinib

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>; S. Ferreira<sup>1</sup>, I. Lobo<sup>1</sup>; M. Selores<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

O tofacitinib é uma pequena molécula oral que atua através da inibição preferencial da *Janus kinases* 1 e 3 (JAK1 e JAK3). O seu uso está aprovado na artrite reumatóide, artrite psoriática e colite ulcerosa. Relatamos um caso de uma mulher de 72 anos com artrite reumatóide, refratária a tratamentos prévios com metotrexato, corticoide sistémico e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). A doente iniciou tratamento com tofacitinib e, cerca de 12 semanas após o seu início, desenvolveu granulomas piogénicos periungueais nas mãos. Optou-se por manter o tratamento com tofacitinib e foi instituída terapêutica tópica com associação de betametasona e ácido fusídico creme com melhoria parcial. Posteriormente, iniciou aplicação bidifária de timolol gel com resolução completa das lesões.

Na literatura estão descritos vários casos de granulomas piogénicos como evento adverso de múltiplos fármacos, nomeadamente retinoides orais, inibidores do recetor do fator de crescimento epidérmico, inibidores da tirosina-cinase, inibidores BRAF, anticorpo monoclonal anti-CD20 ou anticorpo monoclonal anti-TNF $\alpha$ . Até à data, e de acordo com o nosso conhecimento, não existem relatos prévios de granulomas piogénicos periungueais associados a terapêutica com tofacitinib. O mecanismo patogénico é ainda desconhecido. A opção por uma terapêutica conservadora permitiu a manutenção da terapêutica dirigida à doença reumatológica. O sucesso do timolol gel parece dever-se às suas propriedades vasoconstritoras, anti-angiogénicas e pro-apoptóticas.

## P32 - Eficácia do tratamento com tofacitinib num caso de alopecia areata universal

Mariana Esteves<sup>1</sup>, S. Lopes<sup>1</sup>, A. Pedrosa<sup>1,2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

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

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

Introdução: A alopecia areata (AA) é uma das doenças imunomediadas mais comuns, cujo curso clínico é bastante variável. As formas mais severas evoluem para perda de todo o cabelo (AA total) ou mesmo de todo o pelo corporal (AA universal), associando-se a um importante impacto negativo na qualidade de vida do doente. Os tratamentos atualmente em uso apresentam eficácia limitada, pelo que a emergência de novos alvos terapêuticos, como os inibidores JAK, se revela altamente promissora.

Caso clínico: O presente caso refere-se a uma doente de 51 anos de idade, com antecedentes de hipotireoidismo e hipertensão arterial, referenciada a consulta de Tricologia por quadro de AA iniciado três anos antes, com evolução progressiva para atingimento universal. Havia sido previamente medicada com esquemas de corticoterapia tópica, oral e intralesional, sem noção de resposta. Já em consulta hospitalar, realizou terapêutica com difenciprona 0,5% durante 15 meses, não sendo igualmente notória melhoria sustentada. Nesse sentido, foi proposta para tratamento com tofacitinib oral 10 mg/dia, com evidência de repovoamento completo após 8 meses de terapêutica. Não se observaram quaisquer efeitos adversos

relevantes relacionados com o fármaco. Após redução da dose para 5 mg/dia há cerca de 1 mês, mantém-se sem evidência de recidiva do quadro.

Discussão: O tofacitinib é um inibidor JAK aprovado como terapêutica da artrite reumatóide. Contudo, a literatura atual é concordante relativamente à sua eficácia no tratamento de formas moderadas a graves de AA, sendo reportadas taxas de resposta de cerca de 70%. Os dados atualmente disponíveis preconizam o tratamento contínuo durante pelo menos 12 meses, não tendo sido observados eventos adversos graves durante esse período. Ainda que sejam necessários estudos randomizados que confirmem o uso do tofacitinib na AA, o caso que apresentamos corrobora a literatura recente acerca da sua eficácia e tolerabilidade, sobretudo em doentes refratários a múltiplas terapêuticas.

### P33 - Uso de produtos de aplicação facial e protetores solares na alopecia fibrosante frontal

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>, C. Lamego<sup>2</sup>, A. Lisboa<sup>3</sup>, S. Ferreira<sup>1</sup>, A. Machado<sup>1</sup>, S. Machado<sup>1</sup>, M. Selores<sup>1,4</sup>

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

<sup>2</sup>Unidade de Saúde Familiar Terras de Souza, Paredes

<sup>3</sup>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Oliveira do Arda, Castelo de Paiva

<sup>4</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** A patogénese da alopecia fibrosante frontal (AFF) não está ainda completamente esclarecida, sugerindo-se que possa resultar de interações imunológicas, genéticas, hormonais e ambientais. Recentemente tem sido descrito um potencial papel patogénico do uso de produtos de aplicação facial, em particular o uso de protetores solares. Este trabalho tem como objetivo avaliar esta possível associação nos doentes com diagnóstico de AFF seguidos em consulta de tricologia do Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

**Métodos:** Foram avaliadas 24 mulheres com AFF e 24 controlos através de um questionário que averiguou dados clínicos, sociais e relacionados com o estilo de vida.

**Resultados:** O uso de hidratantes faciais e maquilhagem foi significativamente superior no grupo com AFF em comparação com os controlos. As mulheres com AFF mostraram uma tendência superior para o uso de protetores solares em relação aos controlos, mas esta diferença não atingiu significância estatística. A frequência da lavagem do cabelo e a depilação do pêlo facial foi significativamente inferior no grupo com AFF.

**Conclusão:** Este trabalho preliminar corrobora a evidência encontrada por outros autores de uma utilização superior de produtos de aplicação no rosto como hidratantes, maquilhagem e protetores solares nas mulheres com AFF. A sua relação causal permanece um tema de debate, uma vez que não é clara qual a linha temporal entre o uso destes produtos e o início da doença. Adicionalmente, o uso destes produtos pode ser uma consequência do reconhecimento da patologia e da necessidade de camuflar, hidratar ou proteger as áreas expostas de AFF. Dado o número limitado de participantes, será necessária a inclusão de mais doentes para aferir a significância dos resultados encontrados.

### P34 - Malformação Glomuvenosa - coexistência de várias formas clínicas num doente

Maria José Guimarães, R.Caldas, F. Almeida, J. Gomes, C. Brito

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital de Braga, E.P.E

**Introdução:**

Os tumores glómicos são um grupo heterogéneo de tumores benignos, caracterizados pela presença de células glómicas.

Clinicamente podem ser classificados em variante localizada e as formas disseminadas. Posteriormente, estas últimas, foram reclassificadas como malformação glomuvenosa, constituindo a forma mais rara (10% dos casos). Está ainda descrita a variante congénita em placa.

**Caso Clínico:**

Doente do sexo masculino, de 13 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, observado em consulta de Dermatologia, por dois nódulos azulados, não compressíveis, de 2 e 3 mm, localizados no escroto, presentes desde o nascimento, que se tornaram dolorosos no último ano. Ao exame físico observava-se lesão semelhante, não dolorosa na fossa antecubital esquerda e pápulas azuladas agrupadas numa placa de cerca de 25 x 35 mm na região periumbilical direita. Foi realizada excisão dos nódulos dolorosos do escroto e a análise histopatológica confirmou tratar-se de malformações glomuvenosas.

**Conclusão:**

Apresentamos este caso pela particularidade da coexistência de duas formas clínicas, disseminada e em placa, no mesmo doente.

Embora não exista história familiar compatível, trata-se de uma malformação hereditária, associada a mutação do gene da glomulina, cuja transmissão é autossómica dominante, com penetrância incompleta.

Uma vez que se trata de lesões benignas, não é aconselhado tratamento a não ser em lesões dolorosas, como foi o caso, ou por motivos estéticos.

### P35 - Nevo de Ota com aparecimento na gravidez: um fenómeno raro

Katarina Kieselová<sup>1</sup>, T. Gomes<sup>1</sup>, F. Santiago<sup>1</sup>, C. Amado<sup>2</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

O Nevo de Ota (NO) é uma melanocitose dérmica congénita ou adquirida, afetando predominantemente a população asiática. O NO adquirido pode surgir nas primeiras duas décadas de vida, sendo a sua apresentação muito rara após esse período.

Os autores apresentam o caso de uma mulher caucasiana de 32 anos, saudável, primípara, observada na consulta de Dermatologia por lesão cutânea assintomática na região frontal. A doente reportava o aparecimento da lesão às 22 semanas de gravidez, com escurecimento progressivo durante a restante gestação e com estabilização da lesão após o puerpério. À observação, a doente apresentava uma mancha azul com 6.5 cm de maior eixo, com bordos mal definidos na região frontal esquerda, visualizando-se, com dermatoscopia, pigmentação difusa homogénea azul-acinzentada. O exame oftalmológico não mostrou alterações. A histopatologia revelou em toda a espessura da derme a presença de células melanocíticas, alongadas e algumas dendríticas com pigmento intracitoplasmático, confirmando o diagnóstico clínico de Nevo de Ota.

Clinicamente, o NO apresenta-se sob a forma de uma mancha azul ao longo do primeiro ou segundo ramo do nervo trigémeo. Além de lesões cutâneas o NO pode afetar o olho ipsilateral, em particular as escleróticas, no entanto, outras áreas podem também estar envolvidas, tal como a mucosa nasal e oral, o tímpano ou o canal auditivo externo. A origem do NO adquirido ainda não está completamente esclarecida. As hipóteses incluem a reativação de melanócitos que migraram durante a embriogénese devido a fatores externos, como a exposição solar ou trauma, e estímulos hormonais, como a gestação ou a contraceção oral. A maior incidência do NO no sexo feminino é também a favor da contribuição de fatores hormonais na sua etiopatogénese, tal como ilustrado neste caso. Pelo potencial risco de transformação maligna, a vigilância periódica dos doentes com NO é indispensável e mandatória.

### P36 - Pápulas e placas pruriginosas em mulher grávida

Diogo Cerejeira, F. Bonito, A. Costin, J. Alves

Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital Garcia de Orta, EPE., Almada

**Introdução:**

A gravidez representa um período de alterações imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares, com consequências específicas nos vários sistemas do organismo, entre eles a pele. O aparecimento de pápulas e placas pruriginosas ocorre com maior frequência no terceiro trimestre da gestação e tem como causa mais comum a erupção polimorfa da gravidez. No entanto, pápulas e placas pruriginosas que não tenham a morfologia ou

a distribuição típica desta entidade, devem conduzir a outras hipóteses de diagnóstico.

Caso Clínico:

Descreve-se o caso de uma mulher de 24 anos de idade, sem antecedentes ou medicação habitual relevante, índice obstétrico 1-0-0-1, na 16ª semana de gestação, que recorreu ao S. de Urgência por um quadro com 10 dias de evolução caracterizado por pápulas e placas pruriginosas, inicialmente confluentes na região peri-umbilical, mas que posteriormente se disseminaram para outras regiões do tronco, membros, palmas e plantas. Negava intercorrências infecciosas ou quaisquer outros sintomas acompanhantes. Foi realizada uma ecografia abdominal que revelava boa vitalidade fetal.

O diagnóstico diferencial incluiu as hipóteses de penfigoide gestacional, sífilis secundária e eritema exsudativo multiforme. As serologias para sífilis foram negativas. A análise histopatológica evidenciava acantose e ligeira espongiose. No entanto a imunofluorescência direta revelava a deposição linear e homogênea de C3 na junção dermoepidérmica, compatível com a hipótese colocada de penfigoide gestacional. Após ter sido medicada com prednisolona 20mg/dia, constatou-se com resolução completa do quadro clínico após 3 semanas de terapêutica.

Discussão:

O penfigoide gestacional geralmente cursa com o aparecimento de pápulas e placas urticariformes, pruriginosas, acompanhadas de bolhas e vesículas. No entanto, em certos casos, as bolhas e vesículas podem estar ausentes, o que pode dificultar o diagnóstico para o clínico. Pretende-se com este caso alertar para uma entidade incomum mas que deve de ser considerada no diagnóstico diferencial das dermatoses da gravidez.

## P37 - Tricoepitelioma múltiplo familiar

Joana Calvão, R. Calado, J.C. Cardoso, O Tellechea, A. Mariano

Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** Os tricoepiteliomas (TEs) são tumores anexiais benignos, incomuns, com origem nos folículos pilosos. Geralmente apresentam-se como lesões solitárias esporádicas, não hereditárias, ou, menos comumente, como lesões múltiplas, herdadas de forma autossómica dominante.

**Caso clínico:** Observámos uma doente do sexo feminino, de 39 anos, por múltiplas lesões papulo-nodulares bem definidas, de dimensões variáveis (entre 5 e 10mm de maior diâmetro), esbranquiçadas a rosadas, de superfície lisa e brilhante, algumas com telangiectasias superficiais. As lesões, assintomáticas, mas em número considerável (> 30), localizavam-se exclusivamente na face, particularmente no ângulo interno das pálpebras, sulcos naso-genianos, mento e região peri-auricular, de forma simétrica. Este quadro teve início aos 16 anos de idade, com surgimento progressivo das lesões, e o pai teria lesões semelhantes. A biópsia de uma das lesões mostrou proliferação epitelial basalóide, intradérmica sem conexão à epiderme, com células monomorfas dispostas em paliçada periférica e circundadas por um estroma denso e celular, e focos de cornificação do tipo infundibular, sugestiva de tricoepitelioma. Decidimos, em conjunto com a doente, optar apenas por vigilância.

**Discussão:** Os tricoepiteliomas múltiplos familiares são uma genodermatose autossómica dominante rara, associada a mutações no cromossoma 9p21 ou no gene supressor tumoral da cilindromatose (CYLD), localizado no cromossoma 16q12-q13. Caracteriza-se por múltiplos TEs – lesões papulo-nodulares esbranquiçadas a rosadas, firmes, redondas e translúcidas – dispersos na face, e menos comumente no couro cabeludo, pescoço e tronco. O quadro inicia-se na infância ou adolescência, com aumento gradual do número e tamanho das lesões, o que pode resultar num impacto estético e funcional significativos. Além disso, embora raramente, pode ocorrer transformação maligna em carcinoma basocelular, o que motiva a observação destes doentes a longo prazo. As opções terapêuticas incluem várias estratégias cirúrgicas e ablativas, como a dermoablação, criocirurgia, curetagem, laser CO<sub>2</sub>, com resultados variáveis e risco importante de cicatriz.

## P38 - Eritema anular centrífugo de recorrência anual

Tiago Fernandes Gomes<sup>1</sup>, K. Kieselova<sup>1</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>, F. Santiago<sup>1</sup>, F. Cunha<sup>2</sup>, M. Henrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Leiria

Descreve-se o caso de uma doente de 43 anos de idade que se apresentou na consulta por lesões cutâneas recorrentes, com 5 anos de evolução. Ao exame objetivo observaram-se lesões eritematosas policíclicas, não descamativas, com predomínio nas nádegas, coxas e porção inferior do tronco. As lesões eram assintomáticas e tinham carácter recorrente, com aparecimento no Verão e resolução espontânea no Inverno. A doente tinha iniciado escitalopram 4 anos antes e negava a toma de outros medicamentos. O estudo analítico não revelou alterações no hemograma, provas tiroideias e eletroforese de proteínas. O doseamento dos ANAs, ANCA e anticorpos anti-tiroideus foi negativo. A histopatologia revelou uma derme papilar com múltiplos neovasos e com infiltrado inflamatório a nível da derme reticular superficial, média e profunda composto por pequenos linfócitos perivasculares, polimorfonucleares intra e extra-vasculares e células histiocitárias com formação de granulomas epitelióides. Não foram observadas células gigantes multinucleadas. Assumiu-se o diagnóstico de eritema anular centrífugo de recorrência anual. A doente foi medicada com dermatocorticóide de média potência, com fraca resposta clínica. Mantém seguimento em consulta.

O eritema anular centrífugo (EAC) é uma dermatose inflamatória crónica que traduz uma reação de hipersensibilidade a um determinado antígeno. Estão descritas associações a infeções, fármacos, neoplasias, doenças auto-imunes e gravidez, embora muitas vezes seja considerado idiopático. Os autores apresentam este caso salientando a particularidade de recorrência sazonal anual no Verão e desaparecimento espontâneo durante o Inverno. Estão descritos cerca de uma dezena de casos desta variante de recorrência anual do EAC. Tendo em conta o atingimento predominante de áreas não fotoexpostas, questiona-se o papel da exposição solar na sua patogénese. É provável que haja contribuição de outro fator externo, nomeadamente a temperatura ambiental.

## P39 - Paniculite pancreática - uma variante rara de paniculite

Luis Santiago, R Calado, M Relvas, J Cardoso, A Figueiredo  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A paniculite pancreática é uma variante rara de paniculite que ocorre em 0.3-3% dos doentes com patologia pancreática.

Relata-se o caso de um doente do sexo masculino de 62 anos internado com o diagnóstico de pancreatite aguda alcoólica que apresenta 6 nódulos subcutâneos na face anterior das pernas com 1-4cm, eritematosos, dolorosos à palpação e de limites mal definido. Um dos nódulos, após compressão, apresentava drenagem de material oleoso. Analiticamente apresentava amilase total de 2085 U/L. Foi realizada biópsia cutânea de nódulo da perna esquerda cujo resultado anatomopatológico mostrou paniculite lobular, sem vasculite associada, com presença de células fantasma e focos de necrose de adipócitos, confirmando o diagnóstico de paniculite pancreática.

A paniculite pancreática é uma patologia rara que pode estar associada a pancreatite aguda, crónica ou carcinoma do pâncreas, mas também pseudoquistos pancreáticos, pancreatite pós-traumática, pâncreas *divisum* e fistulas vasculares pancreáticas. A patogénese é desconhecida, contudo, admite-se que a libertação de enzimas pancreáticas (tripsina, lipase e amilase) aumente a permeabilidade da microcirculação e a nível dos lóbulos adiposos cause necrose da gordura. Em 40% dos casos, a paniculite precede as manifestações da doença pancreática. Clinicamente caracteriza-se por nódulos eritemato-violáceos dolorosos com propensão para ulceração e drenagem de material oleoso espesso, que permite a distinção face a outras formas de paniculite. Histologicamente é característica a paniculite lobular sem vasculite e a presença patognomónica de células fantasma. O tratamento é dirigido à patologia de base, verificando-se melhoria das lesões cutâneas com a redução da inflamação pancreática.

## **P40 - Idiopathic aquagenic wrinkling of the palms**

**Ana Luísa João, N. Cunha, A. Lencastre**

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

A 23-year-old woman with an uneventful past history described recurrent episodes characterized by the rapid development of transient whitish edematous papules with excessive wrinkling on the palms after water exposure, consistent with aquagenic wrinkling of the palms (AWP). Her initial observation was normal, but the condition developed after immersion of the hands in tap water after 5 minutes. Additional testing was performed and cystic fibrosis (CF) or CF carrier state were later excluded in genetic consultation. The patient experienced an irregular improvement with topical 20% aluminum chloride solution, although the condition was not bothersome. AWP is a rare water-related dermatosis, which may be underreported. AWP mainly occurs in Caucasian adolescent women, being idiopathic, drug-induced or associated with CF, the latter of which should be

## **P41 - Retalho glabelar para encerramento de defeitos do epicanto medial e subunidades faciais adjacentes**

**Diogo Teixeira; J. Lopes; A. Cristina Sousa; E. Ferreira, A. Baptista; N. Menezes**

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

### **INTRODUÇÃO:**

O retalho glabelar é considerado uma excelente opção reconstrutiva para defeitos do epicanto medial. Neoplasias cutâneas nesta localização podem originar defeitos que se estendem a outras subunidades faciais, como a pálpebra inferior e a parede lateral do nariz.

### **MATERIAL E MÉTODOS:**

Reportamos 3 casos de doentes submetidos a excisão radical de tumores cutâneos dos quais resultaram defeitos predominantemente do epicanto medial, com extensão a subunidades adjacentes, que foram posteriormente encerrados com um retalho glabelar.

### **RESULTADOS:**

Três doentes com neoplasia cutânea foram submetidos a exérese radical, dos quais resultaram defeitos de dimensões de 40-65 mm de maior eixo, estendendo-se à pálpebra inferior e parede lateral do nariz. O encerramento dos defeitos foi feito com recurso a mobilização mais extensa do que habitualmente descrita do retalho glabelar. Os retalhos demonstraram boa viabilidade, tendo o período pós-operatório decorrido sem complicações.

### **DISCUSSÃO:**

Apesar da sua indicação formal para defeitos do epicanto interno do olho, o retalho glabelar permite o encerramento de defeitos que invadam subunidades faciais adjacentes, sem que para isso tenha sido necessário mobilização de pele de outras localizações. Estes casos permitiram demonstrar a capacidade de grande mobilização de tecido, mantendo boa viabilidade, poucas complicações e com excelentes resultados estéticos.



Organização:



SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE  
DERMATOLOGIA E  
VENEREOLOGIA



## AGRADECIMENTO

AOS LABORATÓRIOS ABAIXO MENCIONADOS PELO SEU APOIO E CONFIANÇA



AGRADECEMOS A ESPECIAL COLABORAÇÃO DO LABORATÓRIO EDOL NA IMPRESSÃO DO PROGRAMA E NA IMPRESSÃO DE POSTERS