

## **XVII CONGRESSO NACIONAL DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA** **Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**

1 a 3 dezembro de 2017 – Porto  
Hotel Sheraton Porto - R. Tenente Valadim, 146, 4100-476 Porto

### **Comissão Organizadora**

António Massa  
Miguel Correia  
Paulo Lamarão  
Evelina Ruas  
Alberto Mota  
Rui Tavares Bello

### **Comissão Científica**

Alberto Mota  
Américo Figueiredo  
Anabela Faria  
Armando Baptista  
Celeste Brito  
Elvira Bártolo  
Filomena Azevedo  
Manuela Selores  
Margarida Apetato  
Martinha Henrique  
Paulo Filipe

### **Mensagem do Presidente**

Estimados colegas

Pelo contacto que temos mantido através da info 3ª e pelas informações que nos vão chegando, tem sido evidente que estamos numa encruzilhada onde, cada vez mais, acreditamos que a união faz a força.

Planeámos seis Simpósios Satélite que decerto irão trazer novidades sobre produtos, mas também ensinamentos sobre áreas em que a componente medicamentosa nem sempre é a de maior dimensão. Estes simpósios serão garantia de maior segurança financeira.

Esperamos atribuir, por sorteio e pela assistência destas sessões, alguns dermatoscópios ou outros aparelhos úteis para a nossa profissão e muitos livros. Nos simpósios, seria desejável que os colegas estivessem presentes (será nesses momentos que se realizarão os sorteios), pois são estes eventos que ajudam a suportar financeiramente reuniões que se vão tornando cada vez mais onerosas.

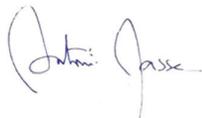
No tocante à estadia dos colegas, estamos a estudar soluções para sexta e sábado sendo que vários Laboratórios se mostraram interessados em patrocínios individuais.

Por fim e não menos importante, abordaremos neste XVII Congresso Nacional assuntos relevantes para o futuro da especialidade. Numa antevisão, procuraremos em conjunto as melhores soluções. Assim, na sexta dia 1, vamos ter a visão de três colegas de prestígio internacional juntamente com o nosso Bastonário. No último dia, domingo, teremos oportunidade de entre nós, membros da SPDV, aprofundar soluções de que todos podemos beneficiar, seguramente nós e os doentes, aligeirando custos e aumentando a qualidade.

Contamos convosco e continuamos a apelar sempre para que, a partir de factos, nos sejam sugeridas soluções.

Contamos com a vossa presença para a troca de impressões e para um pouco de convívio, nos jantares da noite de sexta e sábado.

Com um abraço de amizade e um até já,



António Massa

## Programa do Congresso

### 6ª-feira Dia 1/12

9:00 Abertura do secretariado

10:00-10:55 Sessão de Casos Clínicos I (inglês facultativo) [4 min de apresentação; discussão por bloco]

Moderadores: Henrique Oliveira (*CS Militar Coimbra*), Natividade Rocha (*CH VNGaia/Espinho*), Olga Ferreira (*H Braga*),

10:00-10:04 **CC01. Úlcera labial em doente sob infliximab**

Sofia Lopes<sup>1</sup>, M. Costa-Silva<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>, S. Magina<sup>1,3</sup>, M. Silva<sup>4</sup>, F. Magro<sup>3,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Departamento de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; (3) Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; (4) Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto

10:04-10:08 **CC02. Pioderma gangrenoso orbitário com envolvimento do sistema nervoso central**

Sofia Lopes<sup>1</sup>, J. Vide<sup>1</sup>, A. P. Cunha<sup>1</sup>, A. P. Pina<sup>2</sup>, A. L. Graça<sup>3</sup>, S. Magina<sup>1,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (3) Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (4) Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

10:08-10:12 **CC03. Lentigo maligno – quando a dermatoscopia e a microscopia confocal desafiam a histologia**

Jorge Lopes, C. Sousa, M. Campos, AF. Massa, N. Menezes, A. Baptista

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

10:12-10:16 **CC04. Dermite de contacto sistémica a metabissulfito de sódio em enemas rectais**

Ana Sofia Borges, M. M. Valejo Coelho, C. Fernandes, A. Brasileiro

Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

10:16-10:20 **CC05. Eritrodermia como manifestação primária de tumor da laringe: relato de um caso**

Rita Pimenta<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, J. Freitas<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; (2) Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; (3) Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

10:20-10:28 Discussão

10:28-10:32 **CC06. Papilomatose cutânea florida como primeira manifestação de recorrência tumoral**

Mariana Esteves<sup>1</sup>, I. Antunes<sup>1</sup>, E. Rios<sup>2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto

10:32-10:36 **CC07. Tuberculose cutânea – uma causa incomum de úlcera de perna**

Mariana Esteves, M. Costa-Silva, C. Moreira, F. Azevedo

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto

10:36-10:40 **CC08. Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de necrobiose lipídica ulcerada**

Rita Pimenta<sup>1</sup>, A. Roda<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>2</sup>, F. Guerreiro<sup>2</sup>, J. P. Freitas<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

1- Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2- Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica, Lisboa; 3- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; 4- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

10:40-10:44 **CC09. Carcinoma basocelular camuflado por rinofima exuberante**

Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

10:44-10:48 **CC10. Reconstrução da pálpebra superior com retalho de Cutler-Beard modificado: a propósito de 2 casos**

Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

10:48-10:55 Discussão

11:00-12:00 Simpósio satélite Abbvie

12:00-13:00 Sessão de Comunicações I (inglês facultativo) [6 min de apresentação mais 2 min discussão]

Moderadores: Luis Soares de Almeida (*CH Lisboa Norte, EPE, H. Sta Maria*), Maria João Cruz (*CH S. João, EPE, Porto*), Susana Machado (*CH Porto, HG Sto António, EPE*)

12:00-12:08 **C01. Utilidade da microscopia confocal na avaliação da eficácia da terapêutica fotodinâmica no carcinoma basocelular**

Cristina Sousa, M. Campos, J. Lopes, A. Baptista, N. Menezes

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia

12:08-12:16 **C02. Toxidermias em idade pediátrica: estudo retrospectivo de 6 anos**

Sofia Lopes<sup>1</sup>, M. Esteves<sup>1</sup>, B. Vitor<sup>2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, A. Mota<sup>1,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (3) Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

12:16-12:24 **C03. Revisão do uso de agentes biológicos no tratamento da psoríase do CHVNG/E: 2006-2015**

Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes

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

- 12:24-12:32 **C04. Lesões melanocíticas de significado incerto – estudo retrospectivo de 23 doentes**  
Jorge Lopes<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>1</sup>, M. Campos<sup>1</sup>, A. Moreira<sup>1</sup>, D. Tente<sup>2</sup>, A. Baptista<sup>1</sup>  
(1) Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho; (2) Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho
- 12:32-12:40 **C05. Dermo-hipodermite bacterianas agudas – Casuística do Serviço de Medicina do CHVNG/E em 2016**  
Diogo Teixeira, P. Ferreira, M. Sequeira, A. Baptista, E. Ferreira  
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
- 12:40-12:48 **C06. Fototerapia como adjuvante na psoríase sob terapêutica biológica: experiência de um centro terciário**  
Bruno Duarte, V Serrão, F Rocha Páris, G Marques Pinto, J Cabete, M Apetato  
Hospital dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central
- 12:48-12:56 **C07. PUVA oral versus banho PUVA na psoríase – um estudo comparativo de eficácia**  
Katarina Kieselová, F. Santiago, I. André, I. Antunes, M. Henrique  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria
- 13:00-14:00 Almoço e visita à exposição técnica
- 14:00-15:00 Simpósio satélite Lilly
- 15:15-15:30 Sessão de abertura  
Miguel Guimarães (Bastónario da Ordem dos Médicos), Direção da SPDV
- 15:30-16:30 Conferências  
Moderadores: Filomena Azevedo (CH S. João, EPE, Porto), Manuela Selores (CH Porto, HG Sto António, EPE),  
Martinha Henrique (CH Leiria)
- 15:30-15:55 **A Medicina em Portugal na próxima década**  
Miguel Guimarães (Bastónario da Ordem dos Médicos)
- 15:55-16:20 **Fotografia Dermatológica. Como mejorar nuestras fotos?**  
Miquel Ribera Pibernat (Barcelona, Espanha)
- 16:20-16:30 Discussão
- 16:30-17:15 *Coffee-break* e visita à exposição técnica
- 17:15-19:00 Conferências – ***Dermatology in my country – trends and future perspectives***  
Moderadores: Américo Figueiredo (CH Universitário Coimbra), António Massa (Porto), Armando Baptista (CH  
VNGaia/Espinho), Margarida Apetato (H Cascais)
- 17:15-17:40 **Henry W. Lim** (EUA, Presidente da *American Academy of Dermatology*)
- 17:40-18:05 **Martino Neumann** (Holanda, Tesoureiro da *European Academy of Dermatology and Venerology*)
- 18:05-18:30 **Pedro Jaén** (Espanha, Presidente da Academia Espanhola de Dermatologia e Venereologia)
- 18:30-19:00 Discussão
- 20:00 Na Pele de um Doente com Psoríase (cortesia Novartis)
- 20:30 Jantar

## Sábado Dia 2/12

- 8:30-10:00 Sessão de Comunicações II (inglês facultativo) [6 minutos de apresentação mais 2 min discussão]  
Moderadores: Inês Lobo (CH Porto, HG Sto António, EPE), Paulo Morais (CH Trás-os-Montes e Alto Douro), Rita Travassos (CH Lisboa Norte, EPE, H. Sta Maria),
- 8:30-8:38 **C08. Rastreio oncológico cutâneo e xerose cutânea em instituições de solidariedade social no Distrito de Santarém**  
Ana Filipe Monteiro, M. Rato, C. Martins  
Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE
- 8:38-8:46 **C09. Introdução de agentes bio-similares no tratamento da psoríase: perspetiva dos doentes portugueses**  
Alexandra Azevedo<sup>1</sup>; Andreia Bettencourt<sup>2</sup>; Manuela Selores<sup>1,2</sup>; Tiago Torres<sup>1,2</sup>  
(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto
- 8:46-8:54 **C10. Queratodermia palmoplantar *punctata*: caracterização de três famílias com mutação no gene AAGAB**  
Rita Pimenta<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, C. Urbano<sup>2</sup>, J. Ferreira<sup>2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>  
1- Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2- Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa; 3- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Lisboa

- 8:54-9:02 **C11. The Onychomycosis/ Onychodystrophy Dermoscopy study – a comparative study of onychoscopy features**  
**Rita Ramos Pinheiro<sup>1</sup>**; T. Dias Domingues<sup>2,3</sup>; V. Sousa<sup>1</sup>; C. Galhardas<sup>4</sup>; M. Apetato<sup>1,4</sup>; A. Lencastre<sup>1</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; (2) CEAUL, Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal; (3) DEIO - FCUL, Departamento de Estatística e Investigação Operacional da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal; (4) Departamento de Micologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal
- 9:02-9:10 **C12. Retalho malar de avanço pós descarga semilunar no sulco asa-face para reconstrução do nariz**  
**Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão**  
 Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada
- 9:10-9:18 **C13. Estudo DRAGON: biologic DRug surviVAI in portuGuese psOriasis PatieNts**  
**Tiago Torres<sup>1,2,3</sup>**, Paulo Filipe<sup>4,5,6</sup>, Artur Sousa Basto<sup>7</sup>, José Carlos Fernandes<sup>7</sup>, Ana Ferreira<sup>8,9</sup>, Aristóteles Rosmaninho<sup>10</sup>, Marta Pereira<sup>11</sup>, Luíz Leite<sup>12</sup>, Jorge Luís Navarro<sup>7</sup>, Ricardo Coelho<sup>13</sup>, Paulo Ferreira<sup>14</sup>, Manuela Selores<sup>1,2,3</sup>  
 1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 3-Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 4-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; 5-Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 6-Unidade de Investigação em Dermatologia do Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa; 7-Clinica Privada; 8-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; 9-Hospital da Luz Lisboa; 10- Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 11- Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 12-Clinica Laser de Belém; 13-Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta; 14- Hospital CUF – Descobertas
- 9:18-9:26 **C14. Characteristics associated with prolonged hospital stay among patients with cellulitis/erysipelas**  
**Ângela Roda<sup>1</sup>**, A. Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A.R. Filipe<sup>2</sup>, A.R. Travassos<sup>1</sup>, J.P. Freitas<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>  
 1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 2. Saúde Pública, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.; 3. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa.; 4. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa
- 9:26-9:34 **C15. Neutrophils in nail clipping histology - a retrospective review of 112 cases**  
**Nélia Cunha, A. João, A. Lencastre**  
 Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa
- 9:34-9:42 **C16. Dermatoses em doentes evacuados dos PALOP para o Centro Hospitalar Lisboa Norte: estudo retrospectivo**  
**Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>**, J. Borges-Costa<sup>1,2,3</sup>, M. Reis<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>  
 1Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal.; 2 Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.; 3 Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa
- 9:42-9:50 **C17. Ustekinumab no tratamento de psoríase moderada a grave: experiência em doentes da prática clínica**  
**Inês Raposo(1)**, A. Bettencourt(2), L. Leite(3), M. Selores(1,4,5), T. Torres(1,4,5)  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Imunogenética, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto, Porto; (3) Clínica Laser de Belém, Lisboa; (4) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (5) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto
- 10:00-10:45 *Coffee-break* e visita à exposição técnica
- 11:00-12:00 Simpósio satélite Novartis
- 12:00-13:00 Conferências  
 Moderadores: Celeste Brito (*H Braga*), Elvira Bártole (*H Garcia de Orta, EPE, Almada*), Paulo Filipe (*CH Lisboa Norte, EPE, H. Sta Maria*)
- 12:00-12:25 **Phototherapy – in what it works best**  
**Henry W. Lim**
- 12:25-12:50 **Phlebology in my practice**  
**Martino Neumann**
- 12:50-13:00 Discussão
- 13:00-14:00 Almoço e visita à exposição técnica
- 14:00-15:00 Simpósio satélite Pierre-Fabre
- 15:15-15:45 Anúncio de prémios e bolsas (presença obrigatória dos contemplados)  
 António Massa, Evelina Ruas
- 15:45-16:30 *Coffee-break* e visita à exposição técnica
- 16:45-17:45 Simpósio satélite Roche
- 17:30-19:00 Assembleia Geral
- 20:00 Jantar SPDV

## Domingo Dia 3/12

- 8:30-10:15 Sessão de Casos Clínicos II (inglês facultativo) [4 min de apresentação; discussão por bloco]  
 Moderadores: Ana Paula Cunha (*CH S. João, EPE, Porto*), Anabela Faria (*SSRA Madeira*), Cecília Moura (*IPO Lisboa*)
- 8:30-8:34 **C11. Teste epicutâneo positivo ao etodolac em exantema maculopapular**  
**Sónia Raquel Mendes, M. F. Bastos, B. R. Ferreira, A. Moreno, M. Gonçalo**  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

- 8:34-8:38 **CC12. Um caso exuberante de elefantíase nostra verrucosa**  
 Sónia Raquel Mendes, I. Coutinho, J. C. Cardoso, M. M. Brites, H. Oliveira, A. Figueiredo  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
- 8:38-8:42 **CC13. Hamartoma angio-écrico num adulto**  
 Sónia Raquel Mendes, J. C. Cardoso, H. Oliveira, A. Figueiredo  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
- 8:42-8:46 **CC14. Síndrome trófico do trigémio após infecção por Herpes Zoster**  
 Sónia Raquel Mendes, M. P. Gouveia, J. C. Cardoso, H. Oliveira, A. Figueiredo  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
- 8:46-8:50 **CC15. Pápulas eritemato-violáceas na face: um desafio diagnóstico?**  
 Maria M. Valejo Coelho<sup>1</sup>; A. S. Borges<sup>1</sup>; C. Fernandes<sup>1</sup>; P. Ribeiro<sup>2</sup>; C. M. Correia<sup>2</sup>; A. João<sup>1</sup>; R. Carvalho<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa
- 8:50-8:58 Discussão
- 8:58-9:02 **CC16. Microscopia confocal no diagnóstico de *tinea nigra***  
 Ana Ortins-Pina, L. Uva, P. Filipe, L. Soares-de-Almeida, J. Ferreira, A. L. Oliveira  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa
- 9:02-9:06 **CC17. Alergia de contacto ao crómio: um caso de descolamento de prótese total da anca**  
 Ana Ortins-Pina, J. Marcelino, A. C. Costa, M. Pereira-Barbosa, R. Travassos, T. Correia  
 Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Serviço de Imuno-Alergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa
- 9:06-9:10 **CC18. Brentuximab vedotina num caso de linfoma cutâneo primário de grandes células anaplásico, agressivo**  
 Eugénia Matos Pires<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>2</sup>, A. M. António<sup>3</sup>, F. Gonçalves<sup>4</sup>, T. Mendonça<sup>4</sup>, M. Rafael<sup>5</sup>, M. Cravo<sup>5</sup>, F. Sachse<sup>5</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa; (2) Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa; (3) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Garcia da Orta, Lisboa; (4) Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia, Lisboa; (5) Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia, Lisboa
- 9:10-9:14 **CC19. Generalized cutaneous candidiasis in a renal transplant recipient with Crohn's disease: a case report**  
 Ângela Roda<sup>1</sup>, Pimenta R.<sup>1</sup>, Santana A.<sup>2</sup>, Guerra J.<sup>2</sup>, Soares-de-Almeida L.<sup>1,3,4</sup>, J. Ferreira<sup>3,4</sup>, Borges-Costa J.<sup>1,3,4</sup>  
 1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 2. Serviço de Nefrologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 3. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa.; 4. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.
- 9:14-9:18 **CC20. Retalho digital cruzado: uma alternativa reconstrutiva para defeito digital do pé**  
 Katarina Kieselová<sup>1</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>  
 1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria; 2-Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra
- 9:18-9:25 Discussão
- 9:25-9:29 **CC21. Onicomicose por *Paecilomyces lilacinus* – relato de um caso clínico**  
 Sandra Ferreira<sup>1</sup>, Lobo I<sup>1</sup>, Ferreira M<sup>2</sup>, Velho G<sup>1</sup>, Lopes V<sup>3</sup>, Selores M<sup>1</sup>  
 (1)Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2)Serviço de Dermatologia, IPO do Porto, Porto; (3)Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto,
- 9:29-9:33 **CC22. Quando as lesões cutâneas são a pedra angular no diagnóstico de uma doença sistémica**  
 Sandra Ferreira<sup>1</sup>, Castelo Branco C<sup>2</sup>, Sanches M<sup>1</sup>, Selores M<sup>1</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Serviço de Medicina, Centro Hospitalar do Porto, Porto,
- 9:33-9:37 **CC23. Linfoma T subcutâneo CD8+ "paniculite like": uma apresentação incomum de uma entidade rara**  
 Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A.Gouveia<sup>1</sup>, MJ. Costa<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>  
 1 Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2 Serviço de Hematologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 3 Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa
- 9:37-9:41 **CC24. Síndrome de Lyell induzido por madeira exótica**  
 Rui Santos; F. Almeida; T. Pereira; M.L. Duarte; C. Brito  
 Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga, Braga
- 9:41-9:45 **CC25. Apresentação cutânea inicial de linfoma intravascular: 2 casos clínicos**  
 Katarina Kieselová(1), F. Santiago(1), V. Guiote(1), F. Sachse(2), F. Cunha(3), M. Henrique(1)  
 1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria; 2- Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa; 3- Serviço de Anatomia patológica, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria
- 9:45-9:52 Discussão
- 9:52-9:56 **CC26. Papuloeritrodermia de Ofuji Primária: caso clínico**  
 Inês Raposo<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, S. Ferreira<sup>1</sup>, A. Coelho<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2)Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (3)Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto
- 9:56-10:00 **CC27. Paniculite com lipodistrofia membranosa associada à progesterona injetável: 2 casos clínicos raros**  
 Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A. Afonso<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, M. Correia<sup>4</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>, J.Maia Silva<sup>1,3,4</sup>  
 1. Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2. Unidade de Histopatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; 3. Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa; 4. Centro de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

- 10:00-10:04 **CC28. Síndrome de Reed: a propósito de um caso clínico**  
 Filipa Almeida<sup>1</sup>, R. Santos<sup>1</sup>, S. Carvalho<sup>2</sup>, M. Duarte<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>  
 (1) Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, Braga; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga, Braga
- 10:04-10:08 **CC29. Líquen scrofulosorum: uma entidade nosológica rara**  
 Álvaro Machado (1), M. Caetano (1,2,3), M. J. Gonçalves (4), S. Foreid (5), M. Selores (1,2,3)  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (3) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (4) Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (5) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias
- 10:08-10:15 **Discussão**
- 10:15-11:00 *Coffee-break* e visita à exposição técnica
- 11:00-12:00 Simpósio satélite Sanofi
- 12:15-13:00 Sessão de Casos Clínicos III (inglês facultativo) [4 min de apresentação; discussão por bloco]  
 Moderadores: Gabriela Marques Pinto (CH Lisboa Central, EPE, H Sto António dos Capuchos), José Carlos Cardoso (CH Universitário Coimbra), Pedro Ponte (H Lusíadas, Lisboa)
- 12:15-12:19 **CC30. Síndrome de Takotsubo após administração de omalizumab em doente com urticária crónica espontânea**  
 Ângela Roda<sup>1</sup>, Inês Aguiar Ricardo<sup>2,3,4</sup>, Afonso Ferreira<sup>2,3,4</sup>, Luís Rosário<sup>2,3,4</sup>, Ana Rita Travassos<sup>1,5</sup>, Paulo Filipe<sup>1,4,5,6</sup>  
 1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa; 2. Serviço de Cardiologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa; 3. Universidade de Lisboa, Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa; 4. Centro Académico de Medicina de Lisboa; 5. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; 6. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.
- 12:19-12:23 **CC31. Esclerose cutânea – qual o seu diagnóstico?**  
 Álvaro Machado<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, S. Foreid<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias; (3) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto
- 12:23-12:27 **CC32. Síndrome de Wells: uma entidade a relembrar**  
 Álvaro Machado<sup>1</sup>, I. Amorim<sup>1</sup>, A. Coelho<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>  
 (1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (3) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto
- 12:27-12:31 **CC33. Sialadenite crónica esclerosante como manifestação de doença relacionada com IgG4**  
 Mariana Batista, Francisca Morgado, Diana Ferreira, M<sup>ª</sup> José Julião, José Carlos Cardoso, Margarida Gonçalo  
 Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- 12:31-12:38 **Discussão**
- 12:38-12:42 **CC34. Abdómen agudo como manifestação inicial de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) imputável ao alopurinol**  
 Mariana Batista, Francisca Morgado, Pedro Oliveira, JC Cardoso, M Gonçalo  
 Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- 12:42-12:46 **CC35. Olho vermelho e eritema nodoso – a propósito de um caso**  
 Francisca Morgado, M. Batista, I. Coutinho, J. C. Cardoso, A. Figueiredo  
 Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- 12:46-12:50 **CC36. A propósito de um caso de esclerodermia localizada com manifestações extracutâneas**  
 Francisca Morgado, M. Batista, L. Santiago, M. Brites, M. Gonçalo  
 Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- 12:50-12:54 **CC37. Dermatose papulopustulosa generalizada – Um desafio diagnóstico**  
 Ana Filipe Monteiro<sup>1</sup>, M. Rato<sup>1</sup>, F. Gil<sup>1</sup>, J. Parente<sup>1</sup>, P. Luís<sup>2</sup>, J. Cabeçadas<sup>3</sup>, F. Sachse<sup>4</sup>, T. Mendonça<sup>5</sup>  
 1. Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santarém EPE; 2. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santarém EPE; 3. Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa; 4. Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa; 5. Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa.
- 12:54-13:00 **Discussão**
- 13:00-14:00 Almoço
- 14:00-16:45 Simpósio – *Quo vadis Dermatologia Nacional*  
 Coordenador: Miguel Correia (H CUF Descobertas, Lisboa)
- 16:45-17:00 Encerramento e informação dos vencedores dos prémios da melhor comunicação, caso clínico e poster

Júri de avaliação dos posters: Isabel Viana (CH Lisboa Ocidental), Margarida Gonçalo (CH Universitário Coimbra)



## Índice de Resumos

<b>Comunicações.....</b>	<b>1</b>
C01 - Utilidade da microscopia confocal na avaliação da eficácia da terapêutica fotodinâmica no carcinoma basocelular .....	1
C02 - Toxidermias em idade pediátrica: estudo retrospectivo de 6 anos .....	1
C03 - Revisão do uso de agentes biológicos no tratamento da psoríase do CHVNG/E: 2006-2015 .....	1
C04 - Lesões melanocíticas de significado incerto – estudo retrospectivo de 23 doentes .....	1
C05 - Dermo-hipodermite bacterianas agudas – Casuística do Serviço de Medicina do CHVNG/E em 2016 .....	2
C06 - Fototerapia como adjuvante na psoríase sob terapêutica biológica: experiência de um centro terciário .....	2
C07 - PUVA oral versus banho PUVA na psoríase – um estudo comparativo de eficácia .....	2
C08 - Rastreio oncológico cutâneo e xerose cutânea em instituições de solidariedade social no Distrito de Santarém .....	2
C09 - Introdução de agentes biossimilares no tratamento da psoríase: perspetiva dos doentes portugueses .....	3
C10 - Queratodermia palmoplantar <i>punctata</i> : caracterização de três famílias com mutação no gene <i>AAGAB</i> .....	3
C11 - The Onychomycosis/ Onychodystrophy Dermoscopy study – a comparative study of onychoscopy features .....	3
C12 - Retalho malar de avanço pós descarga semilunar no sulco asa-face para reconstrução do nariz .....	4
C13 - Estudo DRAGON: biologic DRug survivAl in portuGuese psOriasis PatieNts .....	4
C14 - Characteristics associated with prolonged hospital stay among patients with cellulitis/erysipelas .....	4
C15 - Neutrophils in nail clipping histology - a retrospective review of 112 cases.....	5
C16 - Dermatoses em doentes evacuados dos PALOP para o Centro Hospitalar Lisboa Norte: estudo retrospectivo .....	5
C17 - Ustekinumab no tratamento de psoríase moderada a grave: experiência em doentes da prática clínica .....	5
<b>Casos Clínicos .....</b>	<b>6</b>
CC01 - Úlcera labial em doente sob infliximab .....	6
CC02 - Pioderma gangrenoso orbitário com envolvimento do sistema nervoso central .....	6
CC03 - Lentigo maligno – quando a dermatoscopia e a microscopia confocal desafiam a histologia .....	6
CC04 - Dermite de contacto sistémica a metabissulfito de sódio em enemas rectais .....	7
CC05 - Eritrodermia como manifestação primária de tumor da laringe: relato de um caso .....	7
CC06 - Papilomatose cutânea florida como primeira manifestação de recorrência tumoral .....	7
CC07 - Tuberculose cutânea – uma causa incomum de úlcera de perna .....	7
CC08 - Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de necrobiose lipóidica ulcerada .....	8
CC09 - Carcinoma basocelular camuflado por rinofima exuberante .....	8
CC10 - Reconstrução da pálpebra superior com retalho de Cutler-Beard modificado: a propósito de 2 casos .....	8
CC11 - Teste epicutâneo positivo ao etodolac em exantema maculopapular .....	8
CC12 - Um caso exuberante de elefantíase nostra verrucosa .....	9
CC13 - Hamartoma angio-écrico num adulto .....	9
CC14 - Síndrome trófico do trigémio após infecção por Herpes Zoster .....	9
CC15 - Pápulas eritemato-violáceas na face: um desafio diagnóstico? .....	10
CC16 - Microscopia confocal no diagnóstico de <i>tinea nigra</i> .....	10
CC17 - Alergia de contacto ao crómio: um caso de descolamento de prótese total da anca .....	10
CC18 - Brentuximab vedotina num caso de linfoma cutâneo primário de grandes células anaplásico, agressivo .....	11
CC19 - Generalized cutaneous candidiasis in a renal transplant recipient with Crohn's disease: a case report.....	11
CC20 - Retalho digital cruzado: uma alternativa reconstrutiva para defeito digital do pé .....	11
CC21 - Onicomiose por <i>Paecilomyces lilacinus</i> – relato de um caso clínico .....	11
CC22 - Quando as lesões cutâneas são a pedra angular no diagnóstico de uma doença sistémica .....	12
CC23 - Linfoma T subcutâneo CD8+ "paniculite like": uma apresentação incomum de uma entidade rara .....	12
CC24 - Síndrome de Lyell induzido por madeira exótica.....	12
CC25 - Apresentação cutânea inicial de linfoma intravascular: 2 casos clínicos .....	13
CC26 - Papuloeritrodermia de Ofuji Primária: caso clínico .....	13
CC27 - Paniculite com lipodistrofia membranosa associada à progesterona injetável: 2 casos clínicos raros .....	13
CC28 - Síndrome de Reed: a propósito de um caso clínico .....	14
CC29 - Líquen <i>scrofulosorum</i> : uma entidade nosológica rara.....	14
CC30 - Síndrome de Takotsubo após administração de omalizumab em doente com urticária crónica espontânea .....	14
CC31 - Esclerose cutânea – qual o seu diagnóstico? .....	15
CC32 - Síndrome de Wells: uma entidade a relembrar.....	15
CC33 - Sialadenite crónica esclerosante como manifestação de doença relacionada com IgG4.....	15
CC34 - Abdómen agudo como manifestação inicial de DRESS ( <i>Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms</i> ) imputável ao alopurinol.....	15
CC35 - Olho vermelho e eritema nodoso – a propósito de um caso.....	16
CC36 - A propósito de um caso de esclerodermia localizada com manifestações extracutâneas .....	16
CC37 - Dermatose papulopustulosa generalizada – Um desafio diagnóstico .....	16

**Posters ..... 17**

P01 - Melanoma e Dermatoscopia.....	17
P02 - Efeitos secundários cutâneos dos inibidores BRAF.....	17
P03 - Pink lesions: um desafio na Dermatologia.....	17
P04 - Linfoma difuso de grandes células, tipo perna: a propósito de um caso clínico.....	17
P05 - Carcinoma basocelular de grandes dimensões: reconstrução com retalho O-Z e enxerto.....	18
P06 - Carcinoma espinocelular de grandes dimensões: reconstrução com retalho de rotação.....	18
P07 - Dermatofibroma aneurismático: diagnóstico diferencial de pápula preto-azulada,.....	18
P08 - Uma causa invulgar de pápulas da face.....	18
P09 - Pilomatricoma maligno plurimetastizado e rapidamente progressivo: o relato de um caso raro.....	19
P10 - Um caso atípico de elastofibroma.....	19
P11 - Quando duas lesões singulares se encontram no mesmo doente.....	19
P12 - Úlcera orofacial herpética em doente infetado pelo VIH.....	19
P13 - <i>Tinea faciei</i> - análise retrospectiva de 9 anos do serviço de Dermatovenerologia HSAC, CHLC.....	20
P14 - Leishmaniose do Novo Mundo: o papel da microscopia confocal no diagnóstico de infeções cutâneas.....	20
P15 - Tricomiose axilar – relato de um caso clínico.....	20
P16 - Notificação de parceiros – Opções disponíveis e preferências dos doentes.....	20
P17 - Primosecundarismo sífilítico em doente imunocompetente: caso clínico.....	21
P18 - Nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear com psoríase.....	21
P19 - Acropustulose infantil – a propósito de um caso clínico.....	21
P20 - Hiperplasia sebácea em adolescente tratado com ciclosporina por eczema atópico: relato de caso clínico.....	21
P21 - Casos particulares na consulta de Dermatologia Pediátrica.....	22
P22 - Effectiveness of ADA in moderate to severe Psoriasis Patients with Comorbidities-Portuguese results.....	22
P23 - Patient Beliefs Medication Treatment/Adherence to Systemic Therapies in Chronic IMIDs: ALIGN STUDY.....	22
P24 - Study of the burden of moderate/severe psoriasis in Portugal (EPI PSORIASIS PT).....	23
P25 - Outcomes after 2 Years of Ixekizumab Treatment in patients with Psoriasis Focusing on Absolute PASI.....	23
P26 - Safety and tolerability of ixekizumab from 11 clinical trials in moderate-to-severe plaque psoriasis patients.....	24
P27 - MAIC of Ixekizumab and Secukinumab using Etanercept and Ustekinumab Bridge Comparators.....	24
P28 - Narrowband UVB-induced lupus tumidus.....	24
P29 - Successful treatment with fusidic acid in a patient with folliculitis decalvans.....	25
P30 - Doença de Morbihan: a propósito de um caso clínico.....	25
P31 - Isotretinoína, Factor V de Leiden e Trombose Venosa Profunda.....	25
P32 - <i>Lupus Miliaris Disseminatus Faciei</i> – uma variante rara de rosácea granulomatosa.....	25
P33 - A utilização do Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne - ICA, na população portuguesa.....	26
P34 - Componentes dos tópicos anti-hemorroidários como causa de Síndrome de Baboon.....	26
P35 - Granuloma de contacto alérgico do tipo sarcóide causado por brincos.....	26
P36 - Acroqueratodermia aquagénica.....	26
P37 - Placa reticulada do dorso: caso clínico.....	27
P38 - Imunoglobulinas no penfigóide gestacional: um caso clínico.....	27

## Comunicações

### C01 - Utilidade da microscopia confocal na avaliação da eficácia da terapêutica fotodinâmica no carcinoma basocelular

Cristina Sousa, M. Campos, J. Lopes, A. Baptista, N. Menezes  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho,  
Vila Nova de Gaia

**Introdução:** A terapêutica fotodinâmica (TFD) com o agente fotossensibilizante aminolevulinato de metilo está aprovado para o tratamento não invasivo de carcinomas basocelulares superficiais (CBCs). A microscopia confocal (MC) é um método não invasivo que permite observar as lesões cutâneas a nível celular, assemelhando-se a um corte transversal histológico. A sua utilidade na avaliação citomorfológica do carcinoma basocelular já foi demonstrada.

**Objectivo:** Averiguar a utilidade da MCR na avaliação da eficácia da TFD no carcinoma basocelular.

**Métodos:** 8 doentes com carcinoma basocelular superficial, foram submetidos a uma avaliação por dermatoscopia manual e MC previamente ao tratamento com TFD. Após 2 meses foi realizada novamente uma avaliação dermatoscópica e por MC para comprovar a eficácia terapêutica da TFD.

**Resultados:** 60% dos doentes eram do sexo masculino, a idade média foi de 66,7 anos de idade. 50% dos carcinomas basocelulares superficiais estavam localizados no dorso. Após 2 meses da realização TFD, quando realizada dermatoscopia, verificou-se a persistência de 1 CBC, no entanto, ao utilizar a MC, verificamos a persistência de dois CBC. Pelo que com a microscopia confocal, graças a sua maior acuidade diagnóstica, foi possível diagnosticar um falso negativo da dermatoscopia.

**Conclusão:** A MCR permite uma avaliação minuciosa e pormenorizada da eficácia do tratamento com TFD, bem como das recidivas precoces e por vezes subclínicas.

### C02 - Toxidermias em idade pediátrica: estudo retrospectivo de 6 anos

Sofia Lopes<sup>1</sup>, M. Esteves<sup>1</sup>, B. Vitor<sup>2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, A. Mota<sup>1,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (3) Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A segurança na utilização de fármacos em crianças é uma preocupação fundamental em saúde, sobretudo pela elevada taxa de reações adversas reportadas nesta faixa etária. Este estudo pretende caracterizar uma população pediátrica com diagnóstico de toxidermia.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva de 150 doentes em idade pediátrica (0-18 anos), com diagnóstico de reação cutânea induzida por fármacos, internados no Centro Hospitalar São João entre 2010 e 2015.

**Resultados:** De um total de 150 crianças, 60 foram excluídas por ausência de dados consistentes com o diagnóstico ou pela inexistência de dados fundamentais na análise. Dos 90 casos incluídos, 43 (47,8%) eram do sexo feminino e 47 (52,2%) do masculino. Dezoito eram previamente saudáveis. 28,0% apresentavam antecedentes de patologia infecciosa e 25,6% de doenças neurológicas. A média de dias de internamento foi 15,2. O agente mais frequentemente associado foi a vancomicina (18,9%), seguida da amoxicilina (14,4%) e do ceftriaxone (13,3%). No contexto de doenças oncológicas, observaram-se 8,9% de casos de toxidermia à carboplatina. A maioria apresentou um padrão de exantema maculopapular generalizado (60%), sendo de destacar uma pustulose exantemática aguda, uma síndrome DRESS e um eritema multiforme. Observou-se, adicionalmente, uma síndrome hemofagocítica durante a evolução de dois casos. O tratamento instituído variou de corticoterapia oral ou endovenosa, com ou sem

associação de anti-histamínico, substituição do fármaco incriminado ou redução da velocidade de perfusão.

**Discussão:** As toxidermias são frequentes em idade pediátrica, sendo os antibióticos a classe farmacológica mais vezes implicada. Os estudos neste tema não avultam. As crianças são habitualmente excluídas dos ensaios clínicos, limitando as avaliações de segurança. Esta revisão de casos visa perceber a realidade de um hospital terciário e alertar para a importância da monitorização constante, de forma a reconhecer correta e atempadamente estes quadros e evitar a evolução para situações mais graves e potencialmente fatais.

### C03 - Revisão do uso de agentes biológicos no tratamento da psoríase do CHVNG/E: 2006-2015

Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

**Introdução:** A psoríase é uma doença crónica imunomediada, que afecta cerca de 2-3% da população mundial. Inúmeros ensaios clínicos de larga escala provaram a eficácia do uso de agentes biológicos no seu tratamento com uma toxicidade inferior aos agentes sistémicos.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia dos agentes biológicos utilizados para o tratamento da psoríase, no nosso centro hospitalar.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, incluindo todos os doentes que realizaram tratamento biológico no nosso serviço de 2006-2015. A eficácia foi avaliada através do PASI e DLQI, pré-tratamento, aos 3 meses e a 1 ano. Os tratamentos prévios, comorbilidades, efeitos secundários da medicação e satisfação global dos doentes foi também avaliada.

**Resultados:** 74 doentes com 96 tratamentos com biológicos preencheram os critérios de inclusão. Foram excluídos todos os doentes em que não foi possível aferir o PASI ou DLQI. 63,5% eram do sexo masculino, a idade média foi de 51,12 ± 12,40 anos. A duração média da doença foi de 17,64 ± 9,59 anos e o PASI pré-tratamento 17,6 ± 7,44. 11% dos doentes tinham psoríase artropática. 39,1% dos doentes tinham comorbilidades, sendo a mais comum a dislipidemia. O biológico mais utilizado foi o Etanercept (n=37), seguido do Ustekinumab (n=33).

A média do PASI aos 3 meses foi de 4,80 ± 5,14 e a um ano de 3,16 ± 4,34, 13 doentes suspenderam tratamento antes de um ano de terapêutica. Todos os biológicos utilizados, regra geral, foram bem tolerados. Em 10% dos tratamentos ocorreram infecções. Globalmente os doentes estavam satisfeitos com os tratamentos efectuados.

**Conclusão:** A redução do PASI foi globalmente satisfatória com efeitos adversos minor e em um número reduzido de doentes, corroborando com os resultados dos ensaios clínicos já publicados.

### C04 - Lesões melanocíticas de significado incerto – estudo retrospectivo de 23 doentes

Jorge Lopes<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>1</sup>, M. Campos<sup>1</sup>, A. Moreira<sup>1</sup>, D. Tente<sup>2</sup>, A. Baptista<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; (2) Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Durante largos anos, o paradigma dominante era o de classificar as lesões melanocíticas de forma dicotómica, como benignas ou malignas. No entanto, estas podem apresentar características histopatológicas que lhes conferem um dado grau de incerteza. Estes aspetos assumem particular importância uma vez que, tanto o sub como o sobrediagnóstico, podem trazer sérias consequências para o doente.

Definimos lesões melanocíticas de significado incerto como aquelas que não podem ser classificadas histologicamente de forma indubitável como benignas ou malignas, apresentando características ambíguas que refletem o seu potencial biológico indeterminado.

Foram analisados 539 relatórios histopatológicos de lesões melanocíticas removidas no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) entre Janeiro de 2011 e Agosto de 2017. Identificaram-se 23 lesões (4.3%)

com características histopatológicas *borderline* ou de potencial maligno incerto. A média de idade foi de 34.8 anos. Dezasseis lesões foram observadas por um segundo especialista em lesões pigmentadas. O tratamento mais frequentemente realizado foi a exérese com posterior alargamento com margens clínicas de 10 mm. Realizou-se biopsia de gânglio sentinela em 2 doentes, que se viriam a revelar negativas. O *follow-up* médio dos doentes foi de 23.1 meses, não se verificando recidiva de nenhuma lesão tratada.

A controvérsia do tema estende-se desde a natureza e classificação destas lesões até ao seu tratamento. O papel dos estudos moleculares de hibridação *in situ*, assim como da biopsia de gânglio sentinela continuam por esclarecer. Neste trabalho fazemos uma revisão estatística dos doentes do CHVNG/E e, após comparação com a literatura, propomos um protocolo de abordagem.

## C05 - Dermo-hipodermite bacterianas agudas – Casuística do Serviço de Medicina do CHVNG/E em 2016

Diogo Teixeira, P. Ferreira, M. Sequeira, A. Baptista, E. Ferreira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** As dermo-hipodermite bacterianas agudas (DHBA) são das infeções cutâneas que mais motivam internamento. Este estudo tem por objetivo determinar características demográficas, antecedentes clínicos, antibioterapia e contexto laboratorial dos doentes internados no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG), tratados para as referidas infeções.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes internados com o diagnóstico de DHBA em 2016.

**Resultados:** Foram analisados 90 casos de DHBA, correspondendo a 42 homens e 48 mulheres, com uma idade média de  $70.4 \pm 14.7$  anos. A mediana do tempo de internamento foi 13.0 dias. As comorbilidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (68.9%), diabetes mellitus (51.1%), obesidade (38.9%) e insuficiência cardíaca (IC; 36.7%). Os membros inferiores (MI) foram afetados unilateralmente em 64.4% e bilateralmente em 14.4%. Não foi identificada porta de entrada em 60.0%, enquanto intertrigos interdigitais e traumatismos foram objetivados, ambos em 10%. Foi efetuada antibioterapia prévia à admissão em 31.1% dos casos, tendo sido prescrito o esquema amoxicilina/clavulanato em 25% e a sua associação com clindamicina em 17.9%, com uma duração mediana de 4.0 e 6.0 dias, respetivamente. No internamento, a antibioterapia inicial com ceftriaxona associada a clindamicina foi usada em 24.4% (média  $7.6 \pm 3.0$  dias), amoxicilina/clavulanato em 11.1% ( $6.4 \pm 2.7$  dias) e piperacilina/tazobactam em 7.8% (mediana  $11.0 \pm 4.0$ ). Foram efetuadas hemoculturas em 51.1% dos doentes, com positividade em 10.9%. Apenas 3 doentes com o diagnóstico inicial de DHBA com atingimento bilateral foram observadas por dermatologia.

**Discussão:** Este estudo revela um tempo de internamento médio para DHBA superior à média descrita na literatura, possivelmente explicado por uma média de idades mais alta, uma prevalência superior de comorbilidades comparativamente à de outras séries e ausência de seguimento por dermatologia. A elevada incidência de DHBA do MI bilateral poderá corresponder a erros de diagnóstico.

## C06 - Fototerapia como adjuvante na psoríase sob terapêutica biológica: experiência de um centro terciário

Bruno Duarte, V Serrão, F Rocha Páris, G Marques Pinto, J Cabete, M Apetato

Hospital dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Embora muito eficazes no tratamento da psoríase, os biológicos têm sobrevida limitada, obrigando com frequência a *switches* que esgotam outros fármacos, por vezes mais caros e com dispendiosas fases de indução. A combinação transitória com antipsorióticos clássicos já demonstrou poder recuperar a resposta dos biológicos. Contudo, o recurso à fototerapia para este efeito, e sobretudo ao Psoraleno-UVA (PUVA), está subexplorado.

**Objetivo:** Estudar a eficácia e tolerância do PUVA e UVB de banda estreita (NB-UVB) no resgate de resposta da terapêutica biológica, após perda de eficácia ou agudização transitória.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e observacional de todos os doentes com psoríase vulgar, sob biológicos, que realizaram fototerapia entre 2000 e 2017. Consideraram-se respondedores se atingiram  $\geq$ PASI50 e se, após fototerapia, mantiveram resposta sustentada ao biológico (> 3 meses).

**Resultados:** Incluíram-se 18 doentes, totalizando 31 ciclos de combinação fototerapia/biológico.

Doze doentes realizaram PUVA (18 ciclos, média 1,5/doente). A média de tratamentos foi 29,2 e a dose cumulativa total 249,15 J/cm<sup>2</sup>. O PASI mediano inicial foi de 7,4 e o final de 2. Observou-se resposta clínica em 72,2% dos ciclos (50% PASI $\geq$ 75). Verificou-se resposta sustentada ao biológico em 94,5% dos respondedores. No follow-up identificou-se um caso de melanoma maligno.

Seis doentes realizaram NB-UVB (12 ciclos, média 2/doente). A média de tratamentos foi 34,6 e a dose cumulativa total 156,6 J/cm<sup>2</sup>. O PASI mediano inicial foi de 5 e o final de 1. Observou-se resposta clínica em 75% dos ciclos (41,7% PASI $\geq$ 75), sem efeitos adversos a relatar. Verificou-se resposta sustentada em todos os respondedores.

**Conclusão:** Tanto o PUVA como o NB-UVB parecem ser eficazes no resgate da resposta à terapêutica biológica e na manutenção de resposta sustentada a médio prazo, mesmo em caso de resposta parcial (PASI50-75). Recomenda-se *follow-up* a longo prazo, sobretudo para os expostos a fotoquimioterapia, dado a potencial fotocarcinogénese desta associação.

## C07 - PUVA oral versus banho PUVA na psoríase – um estudo comparativo de eficácia

Katarina Kieselová, F. Santiago, I. André, I. Antunes, M. Henrique

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

**Introdução:** A fototerapia é uma terapêutica bem consolidada no tratamento da psoríase, com uma relação risco-benefício bastante favorável. A fotoquimioterapia envolve a administração de psoraleno *per os* (PUVA oral) ou tópico (banho PUVA), antes da irradiação por UVA. A administração oral de psoraleno pode causar efeitos adversos a curto e a longo prazo. O banho PUVA tem a vantagem de diminuir a toxicidade sistémica e os efeitos adversos do psoraleno. O nosso estudo teve como principal objetivo comparar a eficácia entre as duas modalidades de PUVA.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, aplicado aos doentes com psoríase em placas tratados com PUVA no nosso serviço de Dermatologia, entre janeiro 2001 e dezembro 2016.

**Resultados:** Foram realizados 81 ciclos de tratamentos com PUVA oral e 38 com banho PUVA, correspondendo a 68 e 24 doentes, respetivamente. A idade média foi de 50,6 anos (49,9 anos - PUVA oral vs. 52,0 anos - banho PUVA). No primeiro grupo, o PASI 75 foi atingido em 68 casos (89,5%), e no grupo de banho PUVA em 26 (74,3%). A dose média para atingir o PASI 75 no grupo PUVA oral foi de 113 j/cm<sup>2</sup> (mediana 97,5), e no grupo banho PUVA de 69,8 j/cm<sup>2</sup> (46,2). No grupo PUVA oral, o número médio de sessões realizadas para atingir PASI 75 foi de 23,31, e no grupo banho PUVA 17,58.

**Discussão:** Os resultados apresentados demonstram uma elevada eficácia das duas modalidades de PUVA. De referir, porém, que nos doentes tratados com banho PUVA o número de sessões e a dose necessária para atingir PASI 75 foi inferior, quando comparado com PUVA oral.

**Conclusão:** Embora exija equipamento especializado e mais tempo de execução, o banho PUVA pode ser considerado ainda um dos tratamentos mais eficazes na psoríase, sobretudo num grupo particular de doentes não candidatas a terapêuticas sistémicas.

## C08 - Rastreio oncológico cutâneo e xerose cutânea em instituições de solidariedade social no Distrito de Santarém

Ana Filipe Monteiro, M. Rato, C. Martins  
Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE

**Introdução:** As lesões pré-malignas, o cancro e a xerose cutânea são patologias cuja sua incidência continua a aumentar na nossa população. Assim, pusemos em prática o projeto “Life goes on, Live your skin” com o intuito de prevenção do cancro e da xerose cutânea numa população com idade superior a 65 anos.

**Materiais e métodos:** Entre Fevereiro 2016 e Abril 2017 a equipa médica deslocou-se a instituições de solidariedade social de idosos no Distrito de Santarém. As instituições foram criteriosamente selecionadas atendendo à localização geográfica, número de utentes, escassez de cuidados especializados e dificuldade em acesso aos cuidados hospitalares. A visita iniciava-se com uma apresentação oral com o intuito permitir um melhor reconhecimento das patologias e uma referenciação mais eficaz. Posteriormente realizava-se a consulta médica com preenchimento “online” da base de dados. Efetuou-se criocirurgia nas queratoses actínicas, tendo a patologia tumoral sido orientada para ambiente hospitalar.

**Resultados:** Foram observados um total de 301 utentes com uma idade média de 84 anos, dos quais 69,4% do sexo feminino e 30,6% do sexo masculino. Observou-se predomínio do fototipo III e uma exposição frequente ao sol. As patologias observadas foram: 42,8% queratoses actínicas (QA), 34,2% xerose cutânea, 9,3% carcinomas basocelulares, 3,7% nevos melanocíticos clinicamente atípicos e 1,7% carcinomas espinoeloculares. De entre as correlações identificadas destaca-se que a prevalência de QA é superior no sector profissional primário e existe uma relação estatisticamente significativa entre o número de utentes com QA e o sector profissional a que pertencem ( $p=0,015$ ).

**Discussão e Conclusão:** Verificámos uma alta prevalência de QA como de xerose cutânea sendo a percentagem encontrada bastante superior em relação aos escassos estudos epidemiológicos que existem na literatura. O projeto “Life goes on, Live your skin” permitiu obter valores reais sobre a prevalência destas patologias bem como estabelecer programas de prevenção primária e secundária nas instituições.

## C09 - Introdução de agentes biosemelhantes no tratamento da psoríase: perspectiva dos doentes portugueses

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>; Andreia Bettencourt<sup>2</sup>; Manuela Selores<sup>1,2</sup>; Tiago Torres<sup>1,2</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** Os agentes biosemelhantes têm farmacocinética e farmacodinâmica semelhantes com o agente biológico original, não sendo completamente iguais. A sua introdução tem como objetivo diminuir os custos associados às terapêuticas biológicas. Este trabalho pretendeu perceber a perspectiva dos doentes com psoríase medicadas com agentes biológicos sobre os medicamentos biosemelhantes.

**Métodos:** Foram avaliados doentes com psoríase medicadas com agentes biológicos seguidos na consulta de psoríase do CHP. Avaliaram-se dados demográficos e o conhecimento sobre a definição de agentes biosemelhantes, e, após ser fornecida a definição, qual a opinião sobre a introdução destes novos fármacos.

**Resultados:** O estudo incluiu 109 doentes, 65% do sexo masculino, com uma idade média de 47 anos; 89.9% tinham o diagnóstico de psoríase em placas e iniciaram a terapêutica biológica entre 1-5 anos (56.9%) previamente ao estudo; 70.6% desconheciam a definição de agente biosemelhante. 75.3% mostrou interesse parcial ou total em iniciar/trocar para medicamento biosemelhante. Contudo, a ausência de estudos na população europeia e em doentes com psoríase levaram a maioria dos doentes (72.5 e 75.2%, respetivamente) a oporem-se, parcial ou totalmente, à introdução/troca destas terapêuticas. Perante a hipótese de parte do custo associado à terapêutica biológica ser suportado pelo doente, 60.5% dos doentes mostraram interesse em iniciar/mudar para um agente biosemelhante que permitira pagar um valor inferior.

**Conclusão:** Este estudo demonstrou o desconhecimento dos doentes sobre os medicamentos biosemelhantes. A maioria dos doentes não parece opor-se a um possível início/mudança destas terapêuticas. Contudo, a ausência de avaliação destas terapêuticas em doentes com psoríase/doentes europeus são motivos que os preocupam. A possibilidade de custear parte da medicação parece ter um impacto importante na opinião dos doentes. Nesta

fase de introdução destas terapêuticas, a informação aos doentes é essencial, sendo importante um trabalho conjunto entre médicos, indústria farmacêutica e autoridades reguladoras na introdução destes medicamentos na prática clínica.

## C10 - Queratodermia palmoplantar *punctata*: caracterização de três famílias com mutação no gene AAGAB

Rita Pimenta<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, C. Urbano<sup>2</sup>, J. Ferreira<sup>2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

1- Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2- Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa; 3- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Lisboa

A queratodermia palmoplantar (QPP) *punctata* tipo I ou doença de Buschke-Fisher-Brauer é uma genodermatose autossómica dominante rara, caracterizada por múltiplas pápulas hiperqueratósicas palmoplantares. As lesões surgem tipicamente na adolescência e aumentam com a idade. Recentemente associou-se a doença à presença de mutações no gene AAGAB, tendo até à data sido descritas 40 mutações.

Apresentamos o estudo clínico e genético de três famílias com QPP *punctata* tipo 1. Entre 2015 e 2017, três mulheres, com idades compreendidas entre os 59 e 65 anos, foram referenciadas à consulta de Dermatologia do Hospital de Santa Maria por uma dermatose palmoplantar simétrica, monomorfa e assintomática com dez a quarenta anos de evolução. Negavam exposição ao arsénico ou antecedentes pessoais de neoplasia. Todas as doentes tinham pelo menos um familiar com quadro clínico similar e uma doente tinha história familiar de consanguinidade. Ao exame objetivo observaram-se múltiplas pápulas e placas hiperqueratósicas com 0,3-3 cm, indentação central e distribuição irregular nas palmas e plantas. As biópsias cutâneas revelaram hiperqueratose ortoqueratósica focal e hipergranulose. O padrão de hereditariedade, o aspecto clínico e os achados histológicos eram compatíveis com o diagnóstico de QPP *punctata* tipo 1. O estudo genético identificou em cada família uma mutação em heterozigotia no gene AAGAB: c.535+1 G > A no intrão 5; c.83delG no exão 2 e c.1A>G no exão 1.

O gene AAGAB localizado no cromossoma 15 codifica a proteína de ligação p34. A mutação desta proteína aumenta a expressão dos receptores do fator de crescimento, o que pode levar à hiperproliferação da epiderme. Descrevemos esta série de casos por ser uma genodermatose rara, muitas vezes com diagnóstico na idade adulta, e para destacar a importância do aconselhamento genético. Foi ainda identificada pela primeira vez a mutação c.83delG (p.Gly28Glufs\*9).

## C11 - The Onychomycosis/ Onychodystrophy Dermoscopy study – a comparative study of onychoscopy features

Rita Ramos Pinheiro<sup>1</sup>; T. Dias Domingues<sup>2,3</sup>; V. Sousa<sup>1</sup>; C. Galhardas<sup>4</sup>; M. Apetato<sup>1,4</sup>; A. Lencastre<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; (2) CEAL, Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; (3) DEIO - FCUL, Departamento de Estatística e Investigação Operacional da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; (4) Departamento de Micologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

**Background:** Onychomycosis (OM) and traumatic onychodystrophy (OD) are common causes of toenail dystrophy. Their treatment and prognosis differ, so early diagnosis is essential and questionable without mycology.

We aimed to identify different onychoscopic presentations associated with OM and OD, proposing an onychoscopy-based algorithm to guide their differential.

**Methods:** We performed an observational prospective study that included 205 outpatient clinical attendees presenting with onychodystrophy of  $\geq 1$  toenail. All patients underwent physical, onychoscopic and mycological examinations. Based on these results patients were classified as having a final diagnosis of OM or OD.

We compared onychoscopy with clinical and mycological findings, looking for an association between onychoscopic patterns and the final diagnosis of OM or OD. Statistical analysis was performed using Pearson's  $\chi^2$  test or Fisher's exact test. *P*-values < 0.05 were considered statistically significant.

**Results:** 192 patients, 99 male, with a mean age of 59±16 years, were included.

A final diagnosis of OM was demonstrated in 110 patients (80.9% had positive KOH exam; 60.9% positive mycological culture and 54.5% positive histopathology using PAS). The remaining 82 patients were diagnosed as OD. Onychoscopic patterns were classified as follows: regular macular (n=23), irregular macular (n=62), macular with grayish margin (n=4), longitudinal lines (n=16), distal pulverization (n=16), total hazy homogeneous background (HHB) (n=22), partial HHB (n=15), focal macular (n=2) and fine lines pattern (n=15). Seventeen patients were considered to have non-classifiable dermoscopy changes.

The irregular macular and the distal pulverization patterns were significantly associated with OM (*p*<0,05). Additionally, we found a statistically significant association between 4 patterns and an OD diagnosis – the regular macular, the total and partial HHB and the distal fine lines pattern (*p*<0,05).

**Conclusion:** Our results showed distinctive onychoscopic findings of OM and OD. Detection of these patterns is simple and can rapidly guide the diagnosis before mycology results are available.

## C12 - Retalho malar de avanço pós descarga semilunar no sulco asa-face para reconstrução do nariz

Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

O nariz é a localização mais frequente de tumores cutâneos malignos da face. Para obter os melhores resultados cosméticos e funcionais, a reconstrução de defeitos cirúrgicos desta área deve respeitar as subunidades cosméticas da face, tendo a preocupação de fazer as incisões nos sulcos/pregas naturais de forma a camuflar as cicatrizes.

Existem várias técnicas descritas para a reconstrução desta área, desde enxertos de pele a retalhos loco-regionais. Os autores consideram o retalho malar de avanço pós descarga semilunar no sulco asa-facial a melhor opção para os tumores localizados na parede lateral do dorso do nariz com diâmetros entre os 1-2 cm e excepcionalmente para diâmetros de 2.5 cm, dependendo muito do tecido redundante individual de cada doente. Para confirmarem a sua opção, os autores decidiram fazer a revisão dos doentes operados nos dois últimos anos.

Neste trabalho fez-se a revisão dos doentes operados a tumores da parede lateral do dorso do nariz, entre 2015 a 2017, no serviço de Dermatologia do HGO e do Hospital da Luz de Oeiras, utilizando-se o retalho malar de avanço pós descarga semilunar no sulco asa-face.

Foram operados 15 doentes, com idades compreendidas entre os 40 e 91 anos. Em todos os doentes o diagnóstico clínico foi carcinoma basocelular e todos tinham confirmação histológica prévia. A excisão foi completa em todos os doentes. A média do defeito cirúrgico resultante foi de 2.6 cm no maior eixo. Em todos os doentes foi utilizado o retalho malar de avanço em semilua. Um bom resultado estético foi obtido em todos os doentes. O seguimento médio foi de 10 meses, não se registando recidiva em nenhum caso.

O retalho malar de avanço em semilua constitui a nossa primeira opção para a reconstrução de defeitos cirúrgicos com < 2cm de diâmetro, localizados na parede lateral do dorso do nariz, uma vez que é tecnicamente fácil de executar e permite obter resultados estéticos excelentes.

## C13 - Estudo DRAGON: biologic DRug survivAl in portuGuese psOoriasis PatieNts

Tiago Torres<sup>1,2,3</sup>, Paulo Filipe<sup>4,5,6</sup>, Artur Sousa Basto<sup>7</sup>, José Carlos Fernandes<sup>7</sup>, Ana Ferreira<sup>8,9</sup>, Aristóteles Rosmaninho<sup>10</sup>, Marta Pereira<sup>11</sup>, Luíz Leite<sup>12</sup>, Jorge Luís Navarro<sup>7</sup>, Ricardo Coelho<sup>13</sup>, Paulo Ferreira<sup>14</sup>, Manuela Selores<sup>1,2,3</sup>

1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 3-Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 4-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; 5-Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 6-Unidade de Investigação em Dermatologia do Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa; 7-Clinica Privada; 8-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; 9-Hospital da Luz Lisboa; 10- Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 11- Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 12-Clinica Laser de Belém; 13-Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta; 14-Hospital CUF – Descobertas

**Introdução:** Os agentes biológicos revolucionaram o tratamento da psoríase moderada e grave. Uma importante limitação dos ensaios clínicos é a avaliação da eficácia e segurança a longo-prazo, devido à inclusão de uma população extremamente selecionada e a um período relativamente curto de avaliação. A persistência em tratamento ou “drug-survival” é uma forma simples de avaliar e comparar o comportamento dos agentes biológicos a longo-prazo na prática clínica diária, dependendo da eficácia, segurança e satisfação do doente pelo tratamento. O objectivo deste estudo foi avaliar o “drug-survival” das terapêuticas biológicas no tratamento da psoríase em doentes portugueses.

**Métodos:** Avaliou-se os dados demográficos, clínicos e terapêuticos (eficácia e segurança) de doentes com psoríase tratados com agentes biológicos (etanercept, adalimumab, ustekinumab e infliximab) entre 2004 e Dezembro de 2014, em 11 centros de dermatologia.

**Resultados:** Foram avaliados 901 tratamentos, correspondentes a 713 doentes (etanercept(n=360), adalimumab(n=241), infliximab(n=36), ustekinumab(n=264)). O “drug-survival” foi significativamente superior no ustekinumab comparativamente com os agentes anti-TNFa, com taxas de descontinuação aos 5 anos de 14%, 35%, 41% e 72% para o ustekinumab, adalimumab, etanercept e infliximab, respetivamente. A principal causa de descontinuação foi a falência secundária. Relativamente a casos de descontinuação por efeitos secundários, foi mais comum no infliximab (24%) seguido do etanercept (6%), adalimumab (5%) e ustekinumab (1,5%). Quando avaliados apenas os doentes previamente expostos a terapêutica biológica, observou-se uma diminuição do “drug-survival” com todos os agentes biológicos.

**Conclusões:** Os resultados observados neste estudo vão de encontro com aos descritos na literatura: o tratamento da psoríase com agentes biológicos é eficaz e seguro, e o ustekinumab apresenta o melhor “drug-survival” do que os agentes anti-TNF, sendo a principal causa de descontinuação da terapêutica biológica a perda de eficácia (falência secundária). Adicionalmente, o “drug-survival” de todos os agentes biológicos parece diminuir nos doentes previamente expostos a terapêutica biológica.

## C14 - Characteristics associated with prolonged hospital stay among patients with cellulitis/erysipelas

Ângela Roda<sup>1</sup>, A. Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A.R. Filipe<sup>2</sup>, A.R. Travassos<sup>1</sup>, J.P. Freitas<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa. ; 2. Saúde Pública, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.; 3. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa. ; 4. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Introduction:** Cellulitis and erysipelas represent the main cause of hospitalization in the dermatology department of Hospital Santa Maria, accounting for approximately 18% of admissions annually. The objective of

this study was to characterize patients admitted to our department with the diagnosis of cellulitis/erysipelas and to investigate whether patient demographics, comorbidities, the presence of complications, laboratory markers of infection on admission, isolation of microorganism and the previous use of antibiotics, are associated with a prolonged stay (> 14 days).

**Methods:** We performed a retrospective five-year analysis, including patients admitted with cellulitis/erysipelas in the inpatient dermatology department of Hospital Santa Maria between 1<sup>st</sup> of July of 2012 and 30<sup>th</sup> of June of 2017.

**Results:** There were 372 admissions for cellulitis/erysipelas among 348 patients, with a mean length of stay of 13.09 days. Complicated cellulitis/erysipelas represented 18% of cases. Frequencies of diabetes mellitus, vascular disease, immunosuppression and previous local surgery were 23%, 23.9%, 12.4%, and 22.7%, respectively. Positive cultures were obtained in 31.4% of admissions. *Staphylococcus aureus* was the most common isolated microorganism. Increased age ( $p=0.005$ , OR 1.025, 95% CI 1.007-1.043), readmission ( $p=0.001$ , OR 7.043, 95% CI 2.296-21.609), the presence of cellulitis/erysipelas-associated complications ( $p=0.000$ , OR 3.681, 95% CI 1.850-7.324), leukocytosis ( $p=0.015$ , OR 2.051, 95% CI 1.139-3.696), and a positive culture result ( $p=0.010$ , OR 2.212, 95% CI 1.214-4.032) were associated with prolonged hospitalization.

**Conclusion:** Patients with cellulitis/erysipelas have a wide variety of clinical and laboratory characteristics, which may influence the duration of hospitalization. Knowledge of these characteristics may be relevant to improving health care to reduce the length of hospital stay and associated risks and costs.

## C15 - Neutrophils in nail clipping histology - a retrospective review of 112 cases

Nélia Cunha, A. João, A. Lencastre

Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

**Background:** Neutrophils have been described in microscopic examinations of nail clippings in onychomycosis and nail psoriasis, together with subungueal hyperkeratosis and parakeratosis. The presence of neutrophils is regarded as an additional feature demanding the meticulous search for fungi and, in the absence of the latter, as a diagnostic clue to nail psoriasis. Few studies have reported the frequency of neutrophils in nail clippings, and this seems to be lower than in skin biopsies (11-12% in either of the diagnoses). We aimed to study the frequency of the diagnoses associated with neutrophils in nail clippings.

**Methods:** Three-year retrospective review of the histopathologic examination results of nail clippings in a single centre.

**Results:** Neutrophils were observed in 112 of the 720 nail clippings examined. Within these 112, the most frequent diagnosis was onychomycosis (75.9%), followed by nail psoriasis (18.8%), other non-specific onychodystrophy (4.5%) and pterychia (0.9%). Within the 720 nail clippings examined, neutrophils were present in 22.8%, 77.8% and 2.9% of the cases of onychomycosis, nail psoriasis and other non-specific onychodystrophy, respectively. Specificity for onychomycosis and nail psoriasis was 92.2% and 86.9%, respectively.

**Conclusions:** Neutrophils in nail clippings point out to the diagnosis of onychomycosis or nail psoriasis. In contrast to previous studies, neutrophils were found in high frequency within patients with nail psoriasis.

## C16 - Dermatoses em doentes evacuados dos PALOP para o Centro Hospitalar Lisboa Norte: estudo retrospectivo

Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,2,3</sup>, M. Reis<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal; <sup>3</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa

**Introdução:** O Hospital de Santa Maria é um centro de referência para doentes evacuados dos PALOP ao abrigo do Acordo de Cooperação Internacional no Domínio da Saúde. O fluxo destes doentes tem aumentado significativamente ao longo dos anos. Com este estudo, pretende-se avaliar o apoio prestado na consulta externa de dermatologia aos doentes evacuados e as dermatoses mais frequentemente observadas nesta população.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de 5 anos, de todos os doentes evacuados dos PALOP observados em consulta externa de dermatologia, entre 1 janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016.

**Resultados:** Foram enviados 2771 doentes, dos quais 116 (4,2%) foram observados em consulta externa de dermatologia, a maioria do género feminino, e oriundos dos seguintes países, por ordem decrescente de frequência: Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Angola. Cerca de 14% (16/116) tinham infeção pelo vírus de imunodeficiência humana.

Os cinco principais motivos de evacuação foram: doença renal (24/116), a maioria para transplante renal ou diálise (16/24); neoplasias malignas (17/116); doenças reumatológicas (9/116); doença cardíaca (8/116) e doenças hematológicas (7/116). A patologia dermatológica foi o principal motivo de evacuação em apenas 6 doentes. Ao longo dos anos, verificou-se um aumento das observações pela dermatologia.

Diagnosticaram-se 60 dermatoses diferentes, salientando-se as mais frequentes: infeções (31/116), destacando-se as infeções fúngicas (14/31), eczema (11/116), discromias (10/116), xerose cutânea (8/116), acne (7/116), patologia da unha e cabelo (6/116), sarcoma de Kaposi (6/116), entre outras.

**Conclusões:** Fatores socioculturais, ambientais, sanitários e as diferenças biológicas da pele nos fototipos mais elevados influenciam a fisiopatologia e frequência das dermatoses. As mais comuns na nossa amostra correspondem às observadas com maior frequência em África, como as infeções fúngicas e o sarcoma de Kaposi. A dermatologia tem um papel crescente na observação dos doentes evacuados e no apoio às restantes especialidades.

## C17 - Ustekinumab no tratamento de psoríase moderada a grave: experiência em doentes da prática clínica

Inês Raposo(1), A. Bettencourt(2), L. Leite(3), M.

Selores(1,4,5), T. Torres(1,4,5)

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Imunogenética, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto, Porto; (3) Clínica Laser de Belém, Lisboa; (4) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (5) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** O Ustekinumab é um anticorpo monoclonal dirigido contra a subunidade p40 presente na IL12 e IL23. A evidência da sua eficácia e segurança em ensaios clínicos é amplamente conhecida. No entanto a evidência da sua utilização na prática clínica é relativamente limitada. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de dois serviços de Dermatologia portugueses no tratamento da psoríase moderada a grave com ustekinumab.

**Métodos:** Foram avaliados os dados clínicos, demográficos, e de resposta terapêutica ao ustekinumab em doentes com psoríase tratados entre novembro de 2009 e dezembro de 2015.

**Resultados:** Foram avaliados 116 doentes com psoríase moderada a grave. Observou-se uma resposta terapêutica  $\geq$  PASI75 em 67,2%, 85,3%, 89,6%, 88,7% e 87,9% dos doentes às semanas 4, 12, 24, 52 e 60, respetivamente. Em 9 doentes foi utilizado concomitantemente metotrexato e em 14 doentes foi necessário otimizar a dose de ustekinumab. A resposta terapêutica foi superior nos doentes naïve a terapêuticas biológicas comparativamente com os doentes não-naïve e observou-se uma tendência para resposta clínica inferior nos doentes com peso entre 90-100kg.

O ustekinumab foi descontinuado em 7 doentes (3 por falências primárias, 3 por falências secundárias e 1 por evento adverso). Não se observaram durante o follow-up eventos cardiovasculares ou casos de reativações de infeções prévias (tuberculose, hepatite B). Não foi observado nenhum efeito lateral no grupo que foi tratado com MTX ou que otimizou a dose de ustekinumab.

**Conclusão:** Este estudo confirma a segurança e eficácia do ustekinumab no tratamento da psoríase moderada a grave em doentes da prática clínica real, efeito na eficácia pela exposição prévia a terapêutica biológica, e a possível necessidade de ajuste de dose a partir dos 90kg.

## Casos Clínicos

### CC01 - Úlcera labial em doente sob infliximab

Sofia Lopes<sup>1</sup>, M. Costa-Silva<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>, S. Magina<sup>1,3</sup>, M. Silva<sup>4</sup>, F. Magro<sup>3,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Departamento de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; (3) Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; (4) Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto

**Introdução:** A sífilis é uma doença sistémica de transmissão sexual causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* (Tp). Actualmente, verifica-se uma re-emergência desta infeção.

**Caso clínico:** Homem, heterossexual, de 21 anos, com Doença de Crohn sob infliximab e azatioprina, referenciado por uma úlcera do lábio inferior com um mês de evolução. Observámos uma úlcera crostosa de bordos indurados do lábio inferior e adenomegalias cervicais volumosas. Apresentava ainda um exantema maculopapular não-pruriginoso.

A biópsia da úlcera tinha hiperplasia epitelial e denso infiltrado inflamatório. A pesquisa de Tp por reação em cadeia da polimerase foi positiva, assim como no exsudado da úlcera e orofaringe. As serologias mostraram TPPA reativo e VDRL positivo (diluição 1:128). O rastreio das restantes doenças sexualmente transmissíveis foi negativo. Por cefaleias, foi efetuada punção lombar, excluindo-se envolvimento neurológico. Os parceiros sexuais foram avaliados.

Fez tratamento com penicilina G benzatínica 2.4 MU, semanal, 3 doses, com desaparecimento do exantema e evolução lenta da úlcera para a cicatrização.

Durante o internamento, observou-se um aumento significativo das transaminases e marcadores de colestase, com ecografia abdominal sem alterações. O estudo serológico evidenciou marcadores de infeção aguda para o vírus Epstein-Barr (EBV) e Parvovírus B19. No exsudado orofaríngeo e sangue, a pesquisa de EBV foi positiva.

Houve descida progressiva do VDRL que, após seis meses, atingiu a diluição 1:1.

**Discussão:** O rastreio periódico e sistemático de sífilis e outras DTS em doentes sexualmente activos e sob terapêutica biológica deve estar incluído nos protocolos de abordagem destes doentes. Além disso, a escassa experiência no tratamento de doentes com sífilis sob biológicos e o aumento do risco de intercorrências tornam complexa a sua monitorização. A presença concomitante de sífiloma com manifestações de secundarismo sífilítico ainda é um assunto controverso. Este caso deixa ainda em aberto a ideia de que uma infeção sistémica pode contribuir para a reativação de vírus latentes.

### CC02 - Pioderma gangrenoso orbitário com envolvimento do sistema nervoso central

Sofia Lopes<sup>1</sup>, J. Vide<sup>1</sup>, A. P. Cunha<sup>1</sup>, A. P. Pina<sup>2</sup>, A. L. Graça<sup>3</sup>, S. Magina<sup>1,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (2) Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (3) Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar São João EPE, Porto; (4) Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O pioderma gangrenoso surge habitualmente como um nódulo, com necrose central e crescimento progressivo, culminando no desenvolvimento de uma úlcera escavada.

**Caso clínico:** Homem, 46 anos, com cirrose hepática alcoólica, seguido em Oftalmologia por lesão ulcerada da pálpebra superior direita desde há um ano. Submetido a várias cirurgias por suspeita de neoplasia, tendo os exames histológicos descartado esta hipótese. O estudo microbiológico foi negativo. A TAC mostrou lesão expansiva da órbita com invasão do globo ocular. Por agravamento progressivo, foi orientado para Dermatologia. Clinicamente, apresentava úlcera extensa e friável da pálpebra superior direita, com edema periorbitário exuberante. Perante esta evolução dramática, colocou-se a hipótese de pioderma gangrenoso, corroborada pela revisão das histologias. Iniciou prednisolona 100 mg/dia, mantida durante 2 semanas, com melhoria clínica e radiológica significativas. Reduziu-se a dose para 80 mg/dia, que manteve 4 semanas. Apesar da estabilização inicial da lesão, sofreu posterior agravamento progressivo, atingindo a frente e supracílio direito, motivando o internamento. A prednisolona foi escalada para 100 mg e iniciou ciclosporina 300 mg/dia. A RM da órbita evidenciou redução das dimensões do componente orbitário mas com atingimento dos seios frontais e extensão ao sistema nervoso central, condicionando efeito de massa. Após avaliação multidisciplinar e perante a ausência de indicação cirúrgica, iniciou dexametasona 4mg, 8/8 horas, e aumentou a ciclosporina para 350 mg/dia. Realizou estudo imagiológico de controlo, com aumento da área cerebral atingida. Teve como intercorrência uma pneumonia por *P. jiroveci*, que levou à suspensão da ciclosporina. Esta complicação infecciosa em associação ao progressivo atingimento neurológico com afundamento do estado de consciência, culminaram na morte do doente.

**Discussão:** O pioderma gangrenoso pode ter uma evolução dramática. O atingimento cerebral, raramente descrito até à data, levou ao declínio rápido da vitalidade do doente e a progressão da doença tornou impotentes as medidas tomadas.

### CC03 - Lentigo maligno – quando a dermatoscopia e a microscopia confocal desafiam a histologia

Jorge Lopes, C. Sousa, M. Campos, AF. Massa, N. Menezes, A. Baptista

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

As lesões pigmentadas da face constituem um achado frequente na população idosa. A avaliação destas lesões pode impor-se como um desafio até ao mais experiente dos dermatologistas, conduzindo à dúvida diagnóstica e a um impasse terapêutico.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 83 anos, seguido na consulta de dermatologia desde 2015 por psoríase. Apresentava, simultaneamente, uma mancha acastanhada na região malar direita, com cerca de 12 mm de maior eixo, com cerca de 5 anos de evolução e que, aparentemente, permanecia estável. À dermatoscopia apresentava um padrão anular-granular, com pigmentação perifolicular assimétrica. Foi realizada biópsia da lesão que revelou hiperplasia melanocítica basal integrável em lentigo actínico com atipia moderada.

Manteve-se o seguimento anual com dermatoscopias digitais seriadas, sem alterações valorizáveis. Dois anos após o início do seguimento, realizou-se microscopia confocal da lesão, que revelou, nos mosaicos epidérmicos, a presença de múltiplas células dendríticas em infiltração pagetoide e a presença de células redondas, achados altamente sugestivos de lentigo maligno. Assim, optou-se pela exérese cirúrgica da lesão, tendo a histopatologia confirmado a impressão clínica de lentigo maligno.

Apesar da análise histopatológica permanecer o *gold standard* no diagnóstico de lesões pigmentadas, a integração dos dados clínicos e imagiológicos revelam-se fundamentais na avaliação destas lesões. Em situações de incerteza, a avaliação seriada com um alto índice de suspeita pode configurar uma atitude aceitável no seguimento destes doentes.

## CC04 - Dermite de contacto sistémica a metabissulfito de sódio em enemas rectais

Ana Sofia Borges, M. M. Valejo Coelho, C. Fernandes, A. Brasileiro

Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os sulfitos são compostos frequentemente utilizados na indústria alimentar, farmacêutica e cosmética devido às suas propriedades anti-oxidantes, preservativas e de inibição do crescimento de microrganismos. Nos últimos anos, tem existido um número crescente de casos de dermite de contacto alérgica ao metabissulfito de sódio, sendo esta relevante na maioria dos doentes.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 58 anos, que recorreu à consulta de Dermatologia por dermatose aguda da região inguinal 2-3 dias após a utilização de enemas rectais (Salofalk® e Pentasa®) como terapêutica para colite ulcerosa. Ao exame objetivo, apresentava placas eczematiformes com distribuição simétrica na região inguinal, com prurido associado. Sem lesões na região perianal ou noutras localizações.

Foram realizadas provas epicutâneas utilizando a séria básica do Grupo de Estudos de Dermite de Contacto, tendo sido também testados os produtos próprios do doente. Observou-se uma reação fortemente positiva (++) em D3 e D7 a Salofalk®, Pentasa® e metabissulfito de sódio, o qual está presente em ambos os enemas. A associação dos resultados obtidos com a ocorrência de dermatose após a utilização de enemas rectais e distribuição da dermatose são favoráveis ao diagnóstico de dermite de contacto sistémica a metabissulfito de sódio.

**Discussão:** A dermite de contacto sistémica é uma condição frequentemente subdiagnosticada cuja diversidade de apresentação clínica inclui lesões de eczema inguinal bilateral ou ao nível dos glúteos. Ocorre quando um indivíduo previamente sensibilizado a um determinado alergénio de contacto é exposto sistemicamente a esse mesmo alergénio ou a outro que desencadeie reação cruzada. De facto, a exposição sistémica por via transmucosa, nomeadamente transrectal, é possível se a absorção do alergénio for significativa.

Deste modo, os autores enfatizam a importância de considerar a exposição a sulfitos perante um quadro clínico compatível com dermite de contacto sistémica.

## CC05 - Eritrodermia como manifestação primária de tumor da laringe: relato de um caso

Rita Pimenta<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, J. Freitas<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; (2) Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; (3) Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Introdução:** A eritrodermia crónica pode, raramente, constituir uma síndrome paraneoplásica cutânea, em particular quando associada a linfomas. A identificação da neoplasia maligna subjacente a uma eritrodermia paraneoplásica é muitas vezes um desafio, exigindo uma integração clínico-patológica e o apoio de exames complementares de diagnóstico.

**Caso clínico:** Homem de 53 anos de idade, caucasiano, montador de refratários, fumador (30 UMA) e sem outros antecedentes relevantes, foi referenciado ao serviço de Dermatologia por eritrodermia. Inicialmente, placas eritemato-descamativas pruriginosas localizadas nos membros superiores e tronco, com posterior generalização desde há seis meses. Tinha realizado corticoterapia tópica e oral sem melhoria. Referia otalgia direita ocasional e disfonia com duas semanas de evolução. Negava anorexia, perda de peso ou sudorese noturna. Ao exame objetivo estava em eritrodermia e palpavam-se adenomegalias cervicais e axilares indolores. As três biópsias cutâneas foram sugestivas de eczema. Foi pedida observação por Otorrinolaringologia, que identificou um tumor vegetante ulcerado na hipofaringe. A citologia aspirativa ganglionar e TC cervicais confirmaram um carcinoma pavimento-celular da laringe supraglótica, com extensão ao andar

glótico e várias adenopatias cervicais bilaterais (T3N2c). O doente foi submetido a laringectomia total e esvaziamento ganglionar cervical bilateral, e iniciou quimioterapia e radioterapia. Observou-se melhoria lenta e gradual do quadro cutâneo, com resolução completa três meses após a cirurgia.

**Conclusão:** apresentamos este caso pela importância da investigação de uma possível neoplasia subjacente na eritrodermia com características clínico-patológicas inconclusivas.

## CC06 - Papilomatose cutânea florida como primeira manifestação de recorrência tumoral

Mariana Esteves<sup>1</sup>, I. Antunes<sup>1</sup>, E. Rios<sup>2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto

**Introdução:** A papilomatose cutânea florida é uma dermatose paraneoplásica rara, caracterizada pelo aparecimento rápido de múltiplas pápulas hiperqueratóticas dispersas pelo tegumento cutâneo, de aspecto semelhante a verrugas víricas. A neoplasia subjacente é, na maioria dos casos, um adenocarcinoma de origem gástrica.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso de um doente de 80 anos referenciado por verrucosas da face, região perioral e mãos, pruriginosas, com dois meses de evolução. Como antecedentes patológicos relevantes, destacava-se história de adenocarcinoma gástrico submetido a gastrectomia subtotal dois anos antes. O doente mantinha-se sob vigilância clínica desde então, sem evidência de progressão neoplásica e sem necessidade de outras terapêuticas adjuvantes.

Ao exame objetivo, observava-se papilomatose confluenta ao longo do lábio superior, com acometimento difuso da língua, bem como pápulas verrucosas na face e dorso de ambas as mãos. A biópsia cutânea mostrou lesão pavimentosa de arquitetura papilar, com presença de hiperqueratose. Não havia evidência histológica de etiologia vírica e a pesquisa por PCR de vírus do papiloma humano na amostra foi negativa.

No mês seguinte à nossa primeira observação, o doente apresentou rápida degradação do estado geral, associada a queixas recorrentes de astenia, epigastralgias e vômitos. Realizou ecografia abdominal no serviço de urgência, que mostrou adenomegalias mesentéricas e retroperitoneais de novo, compatíveis com provável progressão da neoplasia de base. Foi internado para esclarecimento do quadro, mas viria a falecer um dia depois.

**Discussão:** A papilomatose cutânea florida pode ser evidente antes ou aquando do diagnóstico de malignidade mas, em casos raros como o que apresentamos, manifesta-se de forma tardia. Usualmente, o aparecimento ou a exacerbação de lesões cutâneas ocorre paralelamente à progressão neoplásica. Este caso realça a importância do reconhecimento desta entidade e da sua associação com um processo tumoral subjacente, de modo a permitir o diagnóstico precoce da neoplasia ou a identificação atempada de recorrências.

## CC07 - Tuberculose cutânea – uma causa incomum de úlcera de perna

Mariana Esteves, M. Costa-Silva, C. Moreira, F. Azevedo

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto

**Introdução:** A tuberculose cutânea é uma infecção incomum, causada por espécies do grupo *Mycobacterium tuberculosis complex* e que ocorre por mecanismos de inoculação primária, extensão por contiguidade ou disseminação hematogénica. A sua prevalência tem vindo a aumentar em indivíduos imunocompetentes saudáveis, nos quais representa um ainda maior desafio diagnóstico.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um doente de 78 anos referenciado por úlceras de perna indolores, com dois meses de evolução. Não recordava traumatismo local e negava qualquer sintomatologia sistémica. Tinha realizado vários cursos de antibióticos e antifúngicos até então, sem evidência de melhoria. Como antecedentes patológicos relevantes, destacava-se história de tuberculose óssea na adolescência, aparentemente tratada.

Ao exame objectivo, observavam-se duas úlceras circulares supurativas, de bordo elevado, na face posterior da perna esquerda. A biópsia cutânea mostrou infiltrado inflamatório neutrofílico com necrose, sem evidência de granulomas. A pesquisa por PCR de *M. tuberculosis complex* na amostra foi positiva. A cultura do fragmento cutâneo identificou também a presença de *M. tuberculosis complex*, confirmando assim o diagnóstico de tuberculose cutânea. Estudos complementares realizados não encontraram nenhum foco infeccioso adicional, nomeadamente pulmonar, gastrointestinal ou ósseo. O doente iniciou tratamento tuberculostático com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses, seguido de isoniazida e rifampicina durante mais quatro meses. Verificou-se melhoria acentuada das lesões cutâneas mas, posteriormente, o doente viria a perder seguimento. **Discussão:** As manifestações clínicas da tuberculose cutânea são variadas e diferem com o mecanismo de infecção, o estado imunitário do hospedeiro e a existência de sensibilização ao microorganismo. Na ausência de um foco tuberculoso activo, a via de infecção permanece, muitas vezes, por esclarecer. Realça-se com este caso a importância da suspeição clínica, tanto em doentes imunodeprimidos, como em imunocompetentes que não respondem ao tratamento antibacteriano.

### CC08 - Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de necrobiose lipídica ulcerada

Rita Pimenta<sup>1</sup>, A. Roda<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>2</sup>, F. Guerreiro<sup>2</sup>, J. P. Freitas<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

1- Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2- Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica, Lisboa; 3- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; 4- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Introdução:** A necrobiose lipídica é uma doença granulomatosa crónica rara da pele, frequentemente associada à diabetes mellitus. A etiologia não está completamente esclarecida, mas pensa-se que a microangiopatia desempenha um papel importante. Clinicamente, caracteriza-se por 1 a 3 manchas eritematosas assintomáticas, que se expandem para placas amarelo-acastanhadas bem circunscritas com centro atrófico e telangiectásico, frequentemente localizadas nas superfícies extensoras dos membros inferiores. A ulceração é a principal complicação e pode ocorrer em 35% dos doentes.

**Caso clínico:** Mulher de 23 anos, caucasiana, com diabetes mellitus tipo 1 não controlada, foi referenciada à consulta de Dermatologia por duas placas eritematosas, dolorosas e bem delimitadas, com centro ulcerado e necrótico na área pretibial da perna esquerda. Foi feito o diagnóstico de necrobiose lipídica ulcerada. A doente iniciou controlo glicémico e terapêutica com pentoxifilina 400mg três vezes por dia durante 3 meses. Por persistência do quadro clínico iniciou oxigenoterapia hiperbárica (30 sessões de 90 minutos a 2.5 ATA), com cicatrização progressiva e completa das ulcerações.

**Conclusão:** Não existem guidelines para o tratamento da necrobiose lipídica ulcerada. Há, no entanto, várias opções terapêuticas com resultados variáveis e, por vezes, insatisfatórios. A oxigenoterapia hiperbárica é uma indicação off-label nesta patologia. Este caso clínico ilustra uma boa resposta da oxigenoterapia hiperbárica associada ao controlo glicémico, o que salienta a importância de tratamentos combinados.

### CC09 - Carcinoma basocelular camuflado por rinofima exuberante

Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão  
Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** O rinofima é um subtipo de rosácea que envolve habitualmente a extremidade distal do nariz e ocorre mais frequentemente em homens com pele espessa e sebácea. O seu diagnóstico é clínico e caracteriza-se por pápulas e nódulo-quistos de contornos irregulares, eritematosos e edematosos e orifícios foliculares dilatados preenchidos por rolhões de sebo e queratina.

Está descrito na literatura a co-existência de rinofima com neoplasias malignas cutâneas, não existindo, no entanto, evidência de uma maior predisposição para desenvolvimento de lesões malignas nos doentes com esta patologia.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso de um homem de 81 anos observado em consulta por rinofima exuberante com 5 anos de evolução. O doente foi submetido a electro-escultura com ansa de electrocautério seguida de dermo-abrasão mecânica. Intra-operatoriamente foi detectado um nódulo na asa direita do nariz sugestivo de carcinoma basocelular e que foi confirmado por exame histopatológico.

Num segundo tempo, foi realizada a excisão do carcinoma basocelular da asa direita do nariz e encerramento com retalho bilobulado.

**Conclusão:** Este caso alerta para a importância de um exame objectivo cuidadoso com biópsia cutânea de qualquer lesão suspeita em doentes com rinofima, nas quais a hiperplasia sebácea coexistente pode camuflar e alterar a clínica típica dos tumores cutâneos malignos que são também mais frequentes nestas localizações.

### CC10 - Reconstrução da pálpebra superior com retalho de Cutler-Beard modificado: a propósito de 2 casos

Adelina Costin, A. M. António, J. Goulão  
Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** O retalho de Cutler-Beard é uma técnica cirúrgica usada para reconstruir grandes defeitos de espessura total da pálpebra superior, consistindo num retalho em ponte cutaneoconjuntival de avanço com origem na pálpebra inferior ipsilateral. A retracção palpebral e o entropion são algumas das complicações mais comuns. Para evitar essas complicações, foi executada uma modificação do procedimento originalmente descrito através da colocação de enxerto cartilágneo em "sandwich".

**Casos clínicos:** Apresentamos dois doentes com neoplasia maligna da pálpebra superior, em que a excisão originou defeitos cirúrgicos de espessura total extensos, com necessidade de reconstrução total. Um dos doentes tinha um porocarcinoma nodular da pálpebra superior tendo sido submetido a exérese completa da lesão, resultando num defeito cirúrgico de cerca de 90% da pálpebra. A técnica de reconstrução utilizada foi o procedimento de Cutler-Beard e colocação de enxerto livre de cartilagem do septo nasal ipsilateral. A divisão do retalho foi feita às 6 semanas, constatando-se defeito corneano epitelial superior e neovascularização da córnea que condicionou uma diminuição de acuidade visual, mantendo contudo o aspecto estético e o movimento da pálpebra.

O outro doente tinha um carcinoma espinocelular da pálpebra superior, com excisão completa do tumor e reconstrução com retalho de Cutler-Beard com enxerto livre de cartilagem auricular esquerda. A divisão do retalho foi feita às 6 semanas, com bons resultados estéticos e funcionais.

**Conclusões:** Neste relato de dois casos, propomo-nos descrever e documentar a vantagem do uso do retalho de Cutler-Beard modificado para o encerramento de defeitos palpebrais de espessura total extensos da pálpebra superior.

### CC11 - Teste epicutâneo positivo ao etodolac em exantema maculopapular

Sónia Raquel Mendes, M. F. Bastos, B. R. Ferreira, A. Moreno, M. Gonçalo  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

O Etodolac, um anti-inflamatório não esteróide (AINE) derivado do indol/indeno e inibidor da ciclo-oxigenase-2 (COX2), tem sido relacionado com reacções cutâneas adversas, sobretudo eritema pigmentado fixo (EPF), necrólise epidérmica tóxica/síndrome de Stevens-Johnson e pustulosa exantemática aguda generalizada (AGEP). Apresentamos um caso de exantema maculopapular em que o teste epicutâneo positivo ao etodolac revelou este fármaco como o possível agente etiológico, entre os vários fármacos clinicamente imputáveis.

Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 65 anos, com antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática e insuficiência renal que, cerca de uma semana após o tratamento de lomobociatalgia com vários AINE, foi observada com exantema maculopapular pruriginoso do tronco e raiz das coxas com discretas erosões orais, agravamento da função renal e elevação discreta das enzimas de citólise hepática. Foi medicada com corticóide oral, anti-histamínico e dermocorticóide com resolução das lesões cutâneas e restante quadro em menos de 7 dias.

Dois meses após resolução do exantema realizou testes epicutâneos com os alergénios da série básica e de AINEs e com os restantes AINE suspeitos de causar a reacção adversa. Observámos reacção positiva apenas ao pó do comprimido de Sodolac® em água (++) em D4 e D7) e ao pó do comprimido preparado em vaselina de forma a obter a concentração de 1% e 10% de etodolac na preparação final (++) em D3). Estes mesmos preparados testados em 19 controlos não expostos ao fármaco foram negativos.

Ainda que não tenham sido feitas provas de reintrodução oral com etodolac, pouco recomendáveis dada a gravidade potencial da reacção adversa, o teste epicutâneo positivo com o etodolac, um dos fármacos altamente imputável, permite reforçar a imputabilidade deste medicamento. Outras reacções adversas em que o etodolac foi imputado, nomeadamente em casos de AGEP e EPF, os testes epicutâneos foram negativos.

## CC12 - Um caso exuberante de elefantíase nostra verrucosa

Sónia Raquel Mendes, I. Coutinho, J. C. Cardoso, M. M.

Brites, H. Oliveira, A. Figueiredo

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

A elefantíase nostra verrucosa (ENV) é uma doença rara, crónica e deformante, associada ao linfedema crónico. Várias causas podem estar associadas, nomeadamente infecção, obstrução secundária a lesão tumoral, trauma, radiação, insuficiência venosa crónica, insuficiência cardíaca congestiva e obesidade.

Clinicamente pode apresentar-se sob a forma de nódulos, pápulas ou placas musgosas. A biópsia cutânea pode mostrar hiperplasia pseudoepiteliomatosa, vasos linfáticos dilatados, hiperplasia do tecido fibroso e inflamação crónica.

Os diagnósticos diferenciais incluem cromoblastomicose, filariase, lipodermatoesclerose, carcinoma verrucoso, mucinose papular e mixedema pretibial.

O tratamento inclui medidas conservadoras para reduzir a estase (meias compressivas), uso de diuréticos e profilaxia da infecção crónica com ciclos prolongados de antibioterapia. Os retinóides orais parecem ser eficazes. Raramente é necessário desbridamento cirúrgico ou amputação.

Descrevemos o caso de ENV numa doente de 76 anos, com história prévia de insuficiência venosa crónica, celulites recorrentes e linfedema secundário. Ao exame físico apresentava nódulos e enormes placas musgosas com cheiro fétido, em ambas as pernas, com cerca de 5 anos de evolução.

A doente negava história de traumatismos recentes, cirurgias ou exposição à radiação. Sem história familiar de linfedema.

Realizou biópsia cutânea de um nódulo que mostrou hiperqueratose da epiderme com vasos linfáticos dilatados subjacentes, excluindo assim critérios de malignidade, nomeadamente o carcinoma espinhocelular, confirmando o diagnóstico de ENV.

Iniciou tratamento com antibióticos, diuréticos, medidas de compressão, queratolíticos tópicos e desbridamento, com melhoria clínica.

O diagnóstico de ENV é baseado na história clínica e nas alterações cutâneas características, no entanto a biópsia está indicada nos casos duvidosos.

É importante saber reconhecer e identificar esta patologia rara nos seus estádios iniciais para tentar controlar a infecção e o edema e prevenir deformidades debilitantes futuras.

Devido à sua cronicidade, o reconhecimento e tratamento precoces são cruciais para se obter um resultado mais satisfatório.

## CC13 - Hamartoma angio-écrico num adulto

Sónia Raquel Mendes, J. C. Cardoso, H. Oliveira, A.

Figueiredo

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

Hamartoma angio-écrico (HAE) é uma neoplasia benigna rara, caracterizada pela proliferação das porções secretórias das glândulas sudoríparas écrinas e de vasos capilares. Ocorre mais frequentemente ao nascimento ou na infância, sob várias apresentações, desde nódulos angiomasos simples a placas eritemato-purpúricas. Podem ocorrer múltiplas lesões, embora seja habitualmente única. Pode ocorrer em qualquer localização, embora sejam mais frequentes nas palmas e plantas. Associa-se a hiperidrose, hipertricose e dor. O diagnóstico diferencial clínico inclui malformações vasculares, hamartoma do músculo liso, tumor glómico e angioma em tufo. O tratamento de pequenas lesões é cirúrgico.

Descrevemos o caso de um doente de 71 anos, diabético tipo 2, que apresentava uma lesão nodular eritematosa, com cerca de 1 cm de diâmetro, na face lateral do calcanhar esquerdo, com cerca de 2 anos de evolução. Apresentava celulite não complicada desse pé. Negava história de episódios infecciosos prévios, toma de fármacos, traumatismos recentes ou outra sintomatologia sistémica associada. Fez tratamento com antibióticos durante duas semanas, com bom resultado (diminuição dos sinais inflamatórios), ficando apenas uma pequena área ulcerada sobreposta à lesão do calcanhar esquerdo, sem drenagem activa. Efectuaram-se 2 biópsias cutâneas que revelaram lesão composta por áreas multilobulares com estroma mixóide e vasos capilares na derme profunda, acompanhados por um número aumentado de glândulas écrinas normais, compatível com HAE. Após 3 meses, fez uma ressonância magnética que revelou foco de osteomielite, sem contiguidade ou qualquer relação com a lesão cutânea. Não apresentou recidiva local ou outras lesões cutâneas aos 4 meses de seguimento.

Apresentamos este caso devido à raridade de HAE no adulto. O diagnóstico assenta na correlação entre a apresentação clínica e o exame histopatológico. O conhecimento desta variante rara pode evitar a realização de investigações diagnósticas adicionais desnecessárias.

## CC14 - Síndrome trófico do trigémio após infecção por Herpes Zoster

Sónia Raquel Mendes, M. P. Gouveia, J. C. Cardoso, H.

Oliveira, A. Figueiredo

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

O síndrome trófico do trigémio (STT) é uma causa rara de úlcera facial. Pode relacionar-se com lesão no gânglio do nervo trigémio (gânglio de Gasser) nas porções sensitivas centrais ou periféricas. Define-se pela tríade clássica de parestesias e anestesia no território dos ramos afectados, e úlcera em forma de crescente na asa do nariz. Esta é a localização mais comum, embora o couro cabeludo, região frontal, auricular, malar, mandibular, temporal, lábio superior, palato e córnea também possam ser afectados.

O STT ocorre principalmente após ablação do gânglio trigeminal, remoção cirúrgica do nervo trigémio e acidentes vasculares cerebrais. Causas mais raras incluem tumores, traumatismos, infecções (herpes, sífilis, lepra) e siringobulbia.

O diagnóstico diferencial inclui neoplasias (carcinoma basocelular e espinhocelular, linfoma), infecções (herpes, sífilis, micobactérias, fungos dimórficos, leishmaniose), vasculite sistémica (granulomatose de Wegener) e pioderma gangrenoso.

O tratamento é tipicamente difícil sendo as lesões frequentemente refractárias.

Descrevemos o caso de uma doente de 86 anos, observada inicialmente por infecção por Herpes Zoster de V1-V2, na hemiface direita. Medicada inicialmente com valaciclovir e posteriormente por manter dor neuropática com gabapentina. Um mês depois, referia melhoria das queixas álgicas, mas apresentava ulceração com morfologia semilunar condicionando destruição da asa direita do nariz, associada a eritema e edema circundantes. A lesão iniciou-se como pequena erosão, com crescimento rápido. Apresentava

igualmente duas úlceras periorbitárias homolaterais. Posteriormente, referiu perda de sensibilidade desses territórios. Na última consulta referiu alguma melhoria, ainda que parcial, com a terapêutica instituída.

O diagnóstico de STT pode ser difícil e exige exclusão de todas as outras causas de úlceras localizadas na face, podendo requerer uma estreita correlação clínico-histológica.

Apesar da grande variedade de tratamentos descritos, incluindo farmacológicos, estimulação nervosa eléctrica transcutânea, simpaticectomia, pensos oclusivos ou reconstrução cirúrgica, os resultados são frequentemente insatisfatórios.

### CC15 - Pápulas eritemato-violáceas na face: um desafio diagnóstico?

Maria M. Valejo Coelho<sup>1</sup>; A. S. Borges<sup>1</sup>; C. Fernandes<sup>1</sup>; P. Ribeiro<sup>2</sup>; C. M. Correia<sup>2</sup>; A. João<sup>1</sup>; R. Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

Relatamos o caso de um homem de 84 anos, que desde há 3 meses notava o aparecimento aditivo de lesões cutâneas na face, e posteriormente no tronco, assintomáticas; negava outros sintomas, nomeadamente febre, astenia e perda ponderal significativa. Ao exame objectivo, identificava-se dermatose simétrica, localizada às áreas convexas da face e terço superior do tronco, constituída por pápulas e nódulos eritemato-violáceos, particularmente infiltrados e confluentes em placa na fronte, esboçando um fácies leonino. À observação clínica eram ainda evidentes volumosas adenomegalias duras e indolores, no pescoço e axilas. Analiticamente, destacava-se elevação da beta-2-microglobulina. O exame histopatológico de lesão cutânea revelou infiltrado dérmico denso, nodular e difuso, de células linfóides (positivas para CD20, CD10, Bcl-2 e Bcl-6, negativas para CD3 e CD5). A biópsia ganglionar cervical revelou infiltrado semelhante. Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de linfoma folicular com envolvimento cutâneo secundário. Imagiologicamente, identificavam-se múltiplas adenopatias supra- e infra-diafragmáticas e esplenomegália. Por mielograma e biópsia da medula óssea confirmou-se o envolvimento medular pela doença linfoproliferativa e a presença da translocação t(14;18)/IGH-BCL2. Desde a instituição de quimioterapia sistémica (prednisona e ciclofosfamida) tem-se verificado melhoria da dermatose e redução das adenopatias.

O linfoma folicular apresenta-se tipicamente pela presença de adenomegalias superficiais, com preservação do estado geral. O envolvimento extra-ganglionar, nomeadamente cutâneo, por este linfoma indolente é incomum, sendo ainda mais raro o estabelecimento do seu diagnóstico a partir de manifestações dermatológicas. Embora partilhe várias características clínico-patológicas com o linfoma cutâneo primário centro-folicular, o linfoma folicular sistémico apresenta mais frequentemente expressão da proteína Bcl-2 e presença da translocação t(14;18). Apresentamos este caso clínico não só pela sua singularidade, mas também por lembrar o papel desafiante e decisivo dos Dermatologistas no diagnóstico de doenças sistémicas com expressão cutânea, destacando a importância de as considerar no diagnóstico diferencial de lesões atípicas e/ou refractárias, devidamente integradas no contexto clínico.

### CC16 - Microscopia confocal no diagnóstico de *tinea nigra*

Ana Ortins-Pina, L. Uva, P. Filipe, L. Soares-de-Almeida, J. Ferreira, A. L. Oliveira

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

A *tinea nigra* é uma micose superficial causada pela *Hortea werneckii*, um fungo pigmentado. Nos países ocidentais, onde é rara, a *tinea nigra* pode ser clinicamente confundida com melanoma, motivando frequentemente atitudes invasivas como cirurgia. A microscopia confocal de reflectância (MCR) permite a visualização in vivo, em tempo real, de estruturas cutâneas com resolução a nível celular.

Uma doente do sexo feminino, Caucasiana, 23 anos, recorreu à consulta de Dermatologia por uma mácula hiperpigmentada irregular na planta esquerda com 1 ano de evolução. O diagnóstico diferencial clínico incluiu nevo acral vs. melanoma acrolentiginoso. A avaliação dermatoscópica não revelou um padrão específico. A MCR revelou estruturas brilhantes alongadas e arredondadas na camada córnea, compatíveis com hifas septadas e artroconídi, respetivamente; não se observou resposta inflamatória significativa nem estruturas névicas na derme papilar. Na biópsia cutânea, a coloração PAS evidenciou hifas e esporos na camada córnea. O exame micológico direto e a cultura das escamas permitiram o diagnóstico de *tinea nigra*. A identificação da espécie foi confirmada por PCR e sequenciação. Uma vez feito o diagnóstico, a doente mencionou uma viagem à Colômbia antes do aparecimento da mácula. A cura foi observada após 3 semanas de tratamento antifúngico tópico.

A MCR é uma técnica de imagiologia cutânea que permite a visualização in vivo da epiderme e derme papilar de forma não invasiva. Esta técnica tem a capacidade de caracterizar infeções virais, bacterianas, fúngicas e parasitárias, desde molusco contagioso, infeções herpéticas e verrugas virais, a *tinea capitis*, *corporis* e *incognito*, mucormicose, sífilis e escabiose. À semelhança da evolução conhecida pela dermatoscopia, o espectro de utilização de MCR tem-se expandido progressivamente.

### CC17 - Alergia de contacto ao crómio: um caso de descolamento de prótese total da anca

Ana Ortins-Pina, J. Marcelino, A. C. Costa, M. Pereira-Barbosa, R. Travassos, T. Correia

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Serviço de Imuno-Alergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

**Introdução:** Uma falência protésica tem um elevado impacto na qualidade de vida. Até 5% das falências de artroplastia total resultam de reacções de hipersensibilidade retardada aos metais, mas este diagnóstico implica a exclusão de outras causas. Apesar de 20-25% dos doentes submetidos a artroplastia desenvolverem sensibilização a metais, <1% são sintomáticos.

**Caso Clínico:** Uma doente do sexo feminino, 64 anos, sem antecedentes de atopia, foi referenciada à consulta de Dermatologia de Contacto por suspeita de hipersensibilidade a material ortopédico.

Por coxartrose, a doente foi submetida a artroplastia total da anca direita e, no pós-operatório tardio, iniciou coxalgia direita de agravamento progressivo. Dez meses depois, comprovou-se o descolamento da haste femoral da prótese. A doente foi re-intervencionada e, no pós-operatório imediato, verificou-se coxalgia intensa e reacção inflamatória cutânea pericircuncisional (ardor, eritema e edema). Após melhoria inicial sob anti-inflamatórios, surgiu coxalgia persistente que se constatou resultar de novo descolamento da haste femoral da prótese. A PET demonstrou uma reacção inflamatória periosteal a nível femoral, sem afeção acetabular.

Foram realizados testes epicutâneos: série básica do GPEDC, séries de metais e de acrilatos, peróxido de benzoilo e gentamicina. Observou-se uma reacção duvidosa (+/-) apenas ao crómio, em D3 e D7. A repetição dos testes revelou reacção positiva (+) ao crómio em D7. A composição da haste femoral da prótese continha cerca de 25% de crómio, não existindo crómio na cúpula acetabular.

**Conclusão:** A hipersensibilidade ao crómio poderá ser relevante neste caso de rejeição e descolamento recorrente da prótese da anca, após correlação dos dados clínicos e imagiológicos, e exclusão de outras causas mais frequentes, não alérgicas.

O diagnóstico e abordagem da hipersensibilidade a implantes metálicos permanece um desafio na prática clínica e este caso demonstra a importância das leituras tardias na deteção de hipersensibilidade aos metais (7-30% das reacções só se manifestam tardiamente).

### CC18 - Brentuximab vedotina num caso de linfoma cutâneo primário de grandes células anaplásico, agressivo

Eugénia Matos Pires<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>2</sup>, A. M. António<sup>3</sup>, F. Gonçalves<sup>4</sup>, T. Mendonça<sup>4</sup>, M. Rafael<sup>5</sup>, M. Cravo<sup>5</sup>, F. Sachse<sup>5</sup>  
(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa; (2) Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa; (3) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Garcia da Orta, Lisboa; (4) Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia, Lisboa; (5) Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia, Lisboa

A maioria das doenças linfoproliferativas cutâneas CD30+ tem um curso indolente, contudo algumas demonstram um comportamento agressivo. Actualmente, a eficácia da radioterapia e da quimioterapia sistémica para os casos agressivos ou com envolvimento sistémico secundário é limitada, com resposta clínica insatisfatória e pouco duradoura. Novos alvos terapêuticos, como o brentuximab vedotina (BV), têm demonstrado eficácia nos linfomas que expressam CD30.

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 52 anos de idade, referenciado por tumor exofítico com 10x6 cm localizado no braço direito, doloroso, associado a incapacidade funcional. A biópsia cutânea realizada confirmou o diagnóstico de linfoma não Hodgking T anaplásico de grandes células, CD30+ (LNHTAGC). O restante estudo não relevou evidência clínica ou imagiológica de envolvimento tumoral noutras localizações. Foi instituída terapêutica com radioterapia e quimioterapia sistémica com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona (CHOP), sem resposta clínica após 3 ciclos (2 meses). Neste contexto, o esquema prévio foi suspenso e iniciou-se BV, verificando-se remissão completa após 9 ciclos de tratamento (6 meses), com resolução das queixas algícas e melhoria da capacidade funcional.

O BV é um conjugado anticorpo-fármaco direcionado para a proteína CD30, cujos estudos têm demonstrado melhoria na taxa de resposta e na progressão livre de doença, nos casos resistentes às terapêuticas clássicas. Este caso ilustra a eficácia do BV num caso de linfoma cutâneo primário de grandes células anaplásico previamente resistente a radioterapia e quimioterapia sistémica, com excelente tolerabilidade.

O BV é um fármaco recente, pelo que os dados são limitados no que concerne ao tempo de tratamento necessário até à remissão, e à possibilidade de alargamento entre os ciclos após remissão. A bibliografia é também omissa relativamente à manutenção de resposta sem doença após suspensão do fármaco. No entanto, os resultados parecem ser promissores, posicionando o BV como fármaco de controlo em doenças linfoproliferativas cutâneas CD30+.

### CC19 - Generalized cutaneous candidiasis in a renal transplant recipient with Crohn's disease: a case report

Ângela Roda<sup>1</sup>, Pimenta R.<sup>1</sup>, Santana A.<sup>2</sup>, Guerra J.<sup>2</sup>, Soares-de-Almeida L.<sup>1,3,4</sup>, J. Ferreira<sup>3,4</sup>, Borges-Costa J.<sup>1,3,4</sup>

1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 2. Serviço de Nefrologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 3. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa.; 4. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.

**Introduction:** A wide variety of cutaneous lesions may affect the solid organ transplant recipients. Although cutaneous malignancies are a well-documented concern, the skin may also exhibit important signs of local and systemic opportunistic infections.

**Case Report:** A 58-year-old African male, a renal allograft transplant recipient since 2009 due to hypertensive nephropathy, suffering from Crohn's disease, was observed at our outpatient dermatology clinic due to a week-long, disseminated cutaneous eruption, characterized by hyperpigmented papules, involving the scalp, face, trunk, limbs, palms, and soles. In addition, he had fever, aqueous diarrhea, and loss of appetite.

One month before the appearance of skin lesions, he had been hospitalized in the intensive care unit (ICU) for severe diarrhea with associated hypovolemic shock, requiring long periods of antibiotic therapy. During the admission to the ICU, several exams were performed. Upper gastrointestinal endoscopy showed esophageal candidiasis and colonoscopy found extensive and severe ulcerative enterocolitis. Stool and blood cultures were negative. In that context and considering the activity of CD, his immunosuppression drugs, which previously included prednisolone 5mg *id*, mycophenolate mofetil 1g *bid*, and cyclosporine 100mg *bid*, was replaced to prednisolone 40mg *id*, cyclosporine 75mg *bid*, and azathioprine 125mg *id*.

At the time of the dermatological evaluation, blood tests revealed only neutropenia. Histological examination of skin biopsy specimen found numerous arthroporous and non-septate filaments, periodic acid-Schiff positive. Fungal cultures of the skin biopsy sample, as well as PCR assay, identified *Candida* spp. Oral fluconazole 150mg *id* and sertaconazole cream were initiated and, in addition to a dose reduction of immunosuppressant drugs, resulted in improvement of cutaneous lesions.

**Conclusion:** Our report illustrates a rare case of generalized cutaneous candidiasis in a renal transplant recipient with Crohn's disease.

### CC20 - Retalho digital cruzado: uma alternativa reconstrutiva para defeito digital do pé

Katarina Kieselová<sup>1</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>, A. Brinca<sup>2</sup>, R. Vieira<sup>2</sup>

1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria; 2-Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra

**Introdução:** O retalho digital cruzado é uma técnica reconstrutiva aplicável a defeitos cirúrgicos dos dedos, tratando-se de um retalho interpolado transporto a partir de um dedo adjacente. Foi descrito por Gurdin e Pangman em 1950 para reconstruir defeitos digitais da mão ("cross-finger"), podendo ser também utilizado na reconstrução de defeitos digitais do pé ("cross-toe").

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma mulher de 47 anos com melanoma acrolentiginoso da face plantar da falange distal do 5º dedo do pé esquerdo. A espessura do tumor era de 1 mm, confirmada em biópsia excisional, sem ulceração e mitoses. Realizamos alargamento excisional do melanoma com 1 cm de margem lateral e biópsia de 4 gânglios sentinelas da região inguinal ipsilateral. O defeito cutâneo resultante englobava toda a polpa digital do 5º dedo. Para reconstrução deste defeito, desenhou-se um retalho de transposição em formato de U, com pedículo lateral na face dorsal do 4º dedo do mesmo pé. Este retalho foi levantado e suturado sobre o defeito pulpar do 5º dedo. Para encerramento da área dadora recorreu-se a enxerto de pele de espessura total colhido no dorso do pé. Num segundo tempo, 21 dias depois, procedeu-se à secção do pedículo do retalho. A cirurgia decorreu sem complicações e o resultado final funcional e cosmético foi satisfatório. Não se encontraram micrometástases em nenhum dos gânglios sentinelas e a doente encontra-se livre de doença após 3 meses de seguimento.

**Conclusão:** O retalho digital cruzado é amplamente usado na cirurgia reconstrutiva dos defeitos traumáticos dos dedos das mãos. Em cirurgia dermatológico-oncológica tem particular utilidade na reconstrução de defeitos da pele dos dedos ou do aparelho ungueal. O presente caso ilustra a possibilidade de utilizar este retalho com sucesso em defeitos digitais dos pés, em detrimento de técnicas mais cruentas, como as amputações digitais.

### CC21 - Onicomiose por *Paecilomyces lilacinus* – relato de um caso clínico

Sandra Ferreira<sup>1</sup>, Lobo I<sup>1</sup>, Ferreira M<sup>2</sup>, Velho G<sup>1</sup>, Lopes V<sup>3</sup>, Selores M<sup>1</sup>

(1)Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2)Serviço de Dermatologia, IPO do Porto, Porto; (3)Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto,

*Paecilomyces* spp. são fungos saprófitas filamentosos encontrados em vários habitats incluindo o solo e que infrequentemente causam doenças nos seres humanos. As infeções cutâneas por este organismo são muito raras, e geralmente ocorrem em hospedeiros imunodeprimidos ou com implantação

de dispositivos médicos. A nível cutâneo foram descritas lesões esporotricose-like, celulite profunda e placa facial persistente.

Relatamos um caso de uma jovem mulher de 25 anos, saudável, caucasiana, com história de distrofia ungueal do hálux, sem trauma prévio, com mais de 1 ano de evolução. Realizou vários tratamentos antifúngicos tópicos e sistémicos sem sucesso. Ao exame objetivo observava-se onicólise distal-lateral, hiperqueratose subungueal e descoloração amarelada da lâmina ungueal. As restantes unhas eram todas normais.

A microscopia direta do raspado da unha após a aplicação de solução de hidróxido de potássio a 20%, foi repetidamente positiva em colheitas seriadas, relativamente à presença de hifas. *Paecilomyces lilacinus* foi isolado em três amostras diferentes nas culturas de Sabouraud, e identificado por microscopia ótica.

Do nosso conhecimento, há descrição na literatura de apenas 5 casos de *Paecilomyces spp.* como agente patogénico de onicomicose. A maioria das infeções por *Paecilomyces spp.* ocorreram iatrogenicamente ou em hospedeiros imunocomprometidos. Os casos relatados de infeções por *Paecilomyces spp.* atingiram mais frequentemente a região ocular. Outros locais de infeção incluem os tecidos musculoesqueléticos, sinopulmonares e vasculares. Não existe um esquema padrão de tratamento para infeções cutâneas por *Paecilomyces lilacinus*, sendo relatados como fungos resistentes ao tratamento usual. No entanto, a maioria dos casos parece responder bem aos antifúngicos sistémicos do grupo azole. Na nossa paciente, o fungo foi resistente in vitro a anfotericina B, itraconazol e fluconazol, mas demonstrou suscetibilidade ao voriconazol e ao cetoconazol, pelo que iniciou tratamento com cetoconazol oral, sem melhoria. Foi submetida a matrissectomia e subsequente aplicação de amorolfina creme durante doze meses com resolução do quadro.

## CC22 - Quando as lesões cutâneas são a pedra angular no diagnóstico de uma doença sistémica

Sandra Ferreira<sup>1</sup>, Castelo Branco C<sup>2</sup>, Sanches M<sup>1</sup>, Selores M<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Serviço de Medicina, Centro Hospitalar do Porto, Porto,

**Caso clínico:** Doente do género masculino, 51 anos, com história de alteração do estado de consciência, síndrome confusional agudo e otorreia direita. Antecedentes de doença estrutural cerebral, provavelmente sequelar a TCEs repetidos, e etilismo crónico. Sem outros antecedentes médicos ou cirúrgicos conhecidos. Estudo analítico inicial evidenciou anemia macrocítica e elevação de PCR. TC-cranioencefálico revelou leucoencefalopatia isquémica, sem alterações agudas. Assumido o diagnóstico de presunção de encefalopatia multifatorial – infecciosa (otite média), abstinência alcoólica e hepática – e iniciado tratamento com amoxicilina e ácido clavulânico. Ao fim de 4 dias, por ausência de melhoria neurológica e parâmetros inflamatórios em crescendo, realizou punção lombar cuja análise do LCR se revelou de predomínio celular. Assumida meningite bacteriana pelo que iniciou empiricamente dexametasona, ceftriaxone, vancomicina e ampicilina. Ao 7º dia de internamento pedida colaboração por Dermatologia por placa violácea-acinzentada infiltrada com bordos elevados de grandes dimensões bem como lesões papulosas dispersas na região perianal sugestivas de *condylomata lata*. A avaliação serológica (sangue e líquor), as lesões cutâneas e a presença de alterações compatíveis com meningovasculite sífilítica na RM cerebral confirmaram o diagnóstico de sífilis secundária com compromisso neurológico. O doente realizou tratamento com penicilina G benzatínica endovenosa durante 14 dias com melhoria significativa do quadro neurológico e funcional, e resolução das lesões cutâneas.

**Conclusão:** A sífilis é uma doença sistémica que pode afetar qualquer órgão do corpo humano. A neurosífilis é uma infeção do sistema nervoso central pelo *Treponema pallidum* que pode ocorrer após infeção inicial de sífilis. Embora associada com doença tardia, a neurosífilis precoce pode apresentar-se com meningite aguda sífilítica, sífilis meningovascular ou uveíte. Relatamos um caso de um doente HIV negativo com lesão de secundarismo sífilítico com neurosífilis sintomática precoce – meningite sífilítica concomitante como manifestação inicial, sendo as lesões cutâneas a chave para o diagnóstico correto.

## CC23 - Linfoma T subcutâneo CD8+ "paniculite like": uma apresentação incomum de uma entidade rara

Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A.Gouveia<sup>1</sup>, MJ. Costa<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>

1 Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2 Serviço de Hematologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 3 Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

O linfoma subcutâneo de células T "paniculite-like" é um tipo raro de linfoma cutâneo primário de células T, localizado primariamente na hipoderme, representando <1% de todos os linfomas Não Hodgkin. Afeta predominantemente adultos jovens.

Relata-se o caso de um jovem do sexo masculino com 19 anos, que recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria por uma tumefação de consistência firme, indolor, de crescimento progressivo envolvendo a região malar e periorbitária esquerdas, condicionando diminuição da acuidade visual, com cerca de 4 meses de evolução. Sem história de febre, fadiga ou outros sintomas sistémicos. Submetido previamente a diversos ciclos de antibioterapia, por diagnóstico de celulite, sem melhoria. Sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente a destacar LDH 294 UI/L e beta 2 microglobulina 3,15 mg/dL, sem outras alterações relevantes. A biópsia cutânea foi compatível com linfoma T subcutâneo CD8+/CD56- "paniculite-like". O doente iniciou quimioterapia combinada com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona (CHOP), tendo cumprido 4 ciclos, com remissão clínica e imagiológica. Não há evidência de recidiva após 9 meses de seguimento, mantendo vigilância em consulta de dermatologia e hematologia.

O linfoma subcutâneo "paniculite-like" manifesta-se usualmente por placas ou nódulos subcutâneos indolores, únicos ou múltiplos, mais frequentes nas extremidades e tronco, incomuns na face. O diagnóstico é difícil porque nas fases iniciais os sintomas mimetizam uma paniculite ou celulite. Podemos distinguir 2 subtipos, baseados no fenótipo do receptor da célula T e imunohistoquímica. O primeiro, de células T com receptores alfa-beta, é caracterizado por um curso indolente, geralmente restrito ao tecido subcutâneo, e é usualmente CD8+ e CD56-, sendo o caso do nosso doente. O segundo, de células T com receptor gama-delta, habitualmente CD4+, CD8- e CD 56+ está associado a uma deterioração clínica rápida e associação a síndrome hemofagocítica, com pior prognóstico.

## CC24 - Síndrome de Lyell induzido por madeira exótica

Rui Santos; F. Almeida; T. Pereira; M.L. Duarte; C. Brito  
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga, Braga

As madeiras exóticas são comumente utilizadas na indústria do mobiliário e construção civil. O pau santo ou pau ferro (*Machaerium scleroxylon*) é um conhecido irritante das vias aéreas superiores, mas são também conhecidos alguns casos de dermatoses induzidas por esta madeira nomeadamente dermatites de contacto irritativa e alérgica. São, contudo, muito raros os casos de eritema multiforme. Não está descrito nenhum caso de síndrome de Lyell. Os autores apresentam um homem de 51 anos, trabalhador da construção civil, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Medicado e bem controlado, desde há vários anos com metformina, olmesartan/amlopidina e atorvastatina. O doente recorreu ao serviço de urgência devido ao surgimento súbito de edema facial acompanhado por bolhas tensas com início na cabeça, pescoço, região pré-esternal e membros superiores com cerca de 3 dias de evolução. Progressão posterior da dermatose para o tronco e em menor extensão, membros inferiores. Ao exame objetivo apresentava descolamento cutâneo e erosões em mais de 30% do tegumento cutâneo, e lesões em alvo, particularmente nos membros superiores, dorso e membros inferiores. Apresentava ainda lesões erosivas da mucosa oral e edema da glândula. Serologias infecciosas negativas. A biópsia cutânea revelou-se compatível com o diagnóstico clínico de síndrome de Lyell. O doente foi medicado com prednisolona e

imunoglobulinas endovenosas com melhoria progressiva do quadro clínico. O doente negava antecedentes recentes de infeção vírica, nomeadamente herpética, ou introdução de novos fármacos. Após questionário pormenorizado revelou, contudo, que na semana anterior tinha manipulado uma madeira exótica no seu local de trabalho. Foram realizados testes epicutâneos utilizando a bateria standard do grupo português de estudo das dermatites de contacto, bateria de cosméticos e testando a madeira referida (pau santo) em vaselina a 10% e 20% com forte positividade para ambas as concentrações assim como para metilisotiazolinona, formaldeído e kathon CG.

## CC25 - Apresentação cutânea inicial de linfoma intravascular: 2 casos clínicos

Katarina Kieselová<sup>(1)</sup>, F. Santiago<sup>(1)</sup>, V. Guiote<sup>(1)</sup>, F. Sachse<sup>(2)</sup>, F. Cunha<sup>(3)</sup>, M. Henrique<sup>(1)</sup>

1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria; 2- Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa; 3- Serviço de Anatomia patológica, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

O linfoma não Hodgkin B de células grandes (LNH-BDCG) intravascular é um subtipo raro de linfoma extranodal caracterizado pelo crescimento selectivo de células B neoplásicas na microvasculatura. A apresentação clínica é variável, reflectindo o respectivo envolvimento dos órgãos sistémicos provocado pela obstrução vascular, com atingimento frequente da pele e do sistema nervoso central. Descrevemos dois casos com apresentações cutâneas distintas que possibilitaram o diagnóstico desta agressiva neoplasia hematológica.

**Caso 1:** Doente de 60 anos, sexo feminino, recorreu à consulta de dermatologia por lesões cutâneas dolorosas nos membros inferiores com vários meses de evolução, associadas a emagrecimento progressivo. Apresentava máculas eritematosas, com áreas telangectásicas, e nódulos subcutâneos na face interna de ambas as coxas. O exame histológico revelou vasos dilatados com linfócitos grandes atípicos no lúmen positivos para CD20, BCL2, BCL6 e CD10 compatível com LNH-BDCG intravascular. O estadiamento excluiu envolvimento dos órgãos internos e a doente fez tratamento com R-CHOP. Mantém-se em follow-up, aos 8 anos, com remissão completa.

**Caso 2:** Doente de 73 anos, sexo feminino, foi observada por lesões cutâneas assintomáticas localizadas no abdómen e nas coxas, com cerca de 2 meses de evolução. A doente reportava anorexia com perda ponderal marcada. As lesões cutâneas consistiam em máculas eritemato-violáceas destacando-se uma configuração reticulada. A biopsia cutânea revelou infiltrado linfóide atípico constituído por células grandes localizadas dentro dos vasos associado a microtromboses. O estudo imunohistoquímico foi positivo para CD20, CD79alfa, CD5, BCL-6 e MUM1, sendo estas alterações sugestivas de LNH-BDCG intravascular. A doente foi encaminhada para a consulta de Hematologia, tendo realizado estadiamento que revelou envolvimento medular. Actualmente, a doente está a ser tratada com R-CHOP.

O envolvimento cutâneo no LNH-BDCG intravascular, particularmente, como forma de apresentação inicial, é raro. Os autores pretendem alertar para as manifestações cutâneas que permitiram um diagnóstico mais precoce deste linfoma raro, com prognóstico desfavorável.

## CC26 - Papuloeritrodermia de Ofuji Primária: caso clínico

Inês Raposo<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, S. Ferreira<sup>1</sup>, A. Coelho<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (3) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A Papuloeritrodermia de Ofuji representa uma dermatose rara, de etiopatogenia desconhecida, sendo mais frequente no sexo masculino e em idades superiores a 55 anos. Nesta entidade clínica é comum a presença de eosinofilia e linfopenia no sangue periférico, assim como aumento da IgE

circulante, associada a lesões cutâneas com um padrão de distribuição característico. A maioria dos casos (>60%) não tem causa subjacente identificada, podendo os restantes estar associados a neoplasias, infeções ou fármacos. A exclusão destas causas secundárias tem importância prognóstica e terapêutica.

**Caso Clínico:** Homem, 65 anos, fototipo IV, com antecedentes de fatores de risco cardiovascular. Doente observado no serviço de urgência de dermatologia do CHP por erupção cutânea pruriginosa com 4 meses de evolução, constituída por pápulas eritematoacastanhadas, coalescendo em placas com esboço de padrão em pedra de calçada, distribuídas na face, tórax, abdómen, dorso e membros, poupando de forma abrupta o atingimento de pregas. Foi decidido internamento para determinação etiológica e definição de estratégia terapêutica. Após análise dos exames analíticos, anatomopatológicos e imagiológicos em conjunto com correlação clínica, chegou-se ao diagnóstico de Papuloeritrodermia de Ofuji idiopática (primária). O doente iniciou terapêutica com corticoterapia sistémica, com resposta lenta e moderada, iniciando posteriormente tratamento com PUVAterapia com resolução completa das lesões cutâneas.

**Conclusão:** Foram relatados cerca de 170 casos de Papuloeritrodermia de Ofuji na literatura desde a sua primeira descrição em 1984 por Ofuji. Existem 5 critérios diagnósticos maior e 5 critérios minor, sendo que a presença de todos os critérios maior estabelece o diagnóstico definitivo da Papuloeritrodermia de Ofuji primária. Esta entidade clínica apresenta em geral uma resposta limitada à corticoterapia sistémica, e boa resposta à PUVAterapia, retinóides sistémicos, e combinação destes dois últimos (re-PUVA). Devido à sua raridade e pouco contacto com a manifestação clínica desta doença, é frequente o atraso no diagnóstico.

## CC27 - Paniculite com lipodistrofia membranosa associada à progesterona injetável: 2 casos clínicos raros

Ana Marcos-Pinto<sup>1</sup>, A. Afonso<sup>2</sup>, L. Soares-Almeida<sup>1,3</sup>, M. Correia<sup>4</sup>, P. Filipe<sup>1,3</sup>, J. Maia Silva<sup>1,3,4</sup>

1. Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 2. Unidade de Histopatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; 3. Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa; 4. Centro de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

A paniculite com lipodistrofia membranosa corresponde a um tipo de paniculite com esteatonecrose membranoquistica, pouco frequente, que pode ser primária ou estar associada a condições patológicas como doenças auto-imunes, diabetes mellitus, pancreatite, sarcoidose e trauma. Está igualmente descrita a associação com a administração subcutânea prolongada de insulina, corticosteróides, antibióticos, ferro, heparina, vacinas, hormona do crescimento, metotrexato e silicone.

Descrevemos dois casos clínicos de doentes do sexo feminino, naturais e residentes em Luanda, ambas com 34 anos, que se submeteram, por motivos estéticos e por um período de 2 e 4 meses, respetivamente, a injeções subcutâneas diárias de progesterona (50 mg) nas faces internas e externas das coxas e região nadequeira. No final deste período as doentes referiam aumento significativo da massa gorda nas áreas injetadas. Cerca de 4 e 6 semanas após a última administração surgiram nódulos e placas eritematoacastanhadas infiltradas nos locais das injeções, muito dolorosas e com hiperestesia cutânea que condicionavam incapacidade funcional dos membros inferiores e intolerância ao vestuário. Alguns nódulos drenaram espontaneamente matéria gorda necrosada. Foram realizadas biópsias cutâneas que revelaram tratar-se de paniculite com lipodistrofia membranosa. Os níveis plasmáticos de progesterona eram superiores ao limiar superior de deteção. Ambas as doentes foram medicadas numa fase inicial com prednisolona oral 0,5mg/kg/dia e posteriormente com colchicina 3mg/dia que mantiveram durante 3 meses. Após este período observou-se a resolução completa dos sinais inflamatórios, verificando-se apenas hiperpigmentação pós-inflamatória residual.

A paniculite com lipodistrofia membranosa é caracterizada por inflamação e necrose do tecido adiposo com formação de quistos. A patogénese exata permanece desconhecida. A propósito deste dois casos clínicos insólitos é apresentada a associação entre a administração subcutânea de

progesterona e a paniculite com lipodistrofia membranosa, assim como, sugerida abordagem terapêutica. Até onde é possível pesquisar na literatura, tratam-se dos primeiros dois casos descritos.

## CC28 - Síndrome de Reed: a propósito de um caso clínico

Filipa Almeida<sup>1</sup>, R. Santos<sup>1</sup>, S. Carvalho<sup>2</sup>, M. Duarte<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, Braga; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga, Braga

Leiomiomatose Hereditária e Carcinoma de Células Renais (LHCCR) é um síndrome raro, de transmissão autossômica dominante, resultante de uma mutação no gene da enzima Fumarato Hidratase. Também conhecido como síndrome de Reed, caracteriza-se pela predisposição para leiomiomas cutâneos múltiplos, carcinoma de células renais e, em mulheres, leiomiomas uterinos.

Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 57 anos, referenciada à consulta de Dermatologia por múltiplas pápulas e nódulos eritemato-acastanhados, firmes, de superfície lisa, dolorosos à palpação, localizados na metade superior do dorso, com 10 anos de evolução. Foi efetuada biópsia de uma pápula do tronco, que revelou tratar-se de um leiomioma cutâneo. Como antecedentes pessoais, destacava-se uma histerectomia realizada por múltiplos leiomiomas uterinos. Quanto aos antecedentes familiares, a irmã tinha história de leiomiomas cutâneos e uterinos.

Perante os achados clínicos e antecedentes cirúrgicos e familiares da doente, foi posta a hipótese de tratar-se de Síndrome de Reed. O estudo genético realizado confirmou a hipótese diagnóstica. A avaliação ecográfica não revelou evidência de carcinoma renal, mantendo-se a doente sob vigilância. A irmã da doente foi encaminhada para aconselhamento genético.

Os leiomiomas cutâneos são neoplasias benignas raras, constituídas a partir das fibras musculares lisas. O tratamento depende do número de lesões, grau de desconforto e aparência estética, podendo passar por excisão cirúrgica/laser ablativo ou abordagens farmacológicas, que proporcionem alívio sintomático.

O presente caso reforça a importância das lesões cutâneas como pista diagnóstica para doenças sistêmicas. É essencial relembrar a correlação entre lesões cutâneas e carcinoma de células renais, cujo objetivo final passa por uma abordagem multidisciplinar que permita a deteção precoce da malignidade subjacente.

## CC29 - Líquen *scrofulosorum*: uma entidade nosológica rara

Álvaro Machado (1), M. Caetano (1,2,3), M. J. Gonçalves (4), S. Foreid (5), M. Selores (1,2,3)

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (3) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (4) Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (5) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias

**Introdução:** O líquen *scrofulosorum* é uma patologia dermatológica rara que se insere num grupo de entidades clínicas – as tuberculides – caracterizadas por uma reação de hipersensibilidade ao *Mycobacterium tuberculosis* ou aos seus produtos.

**Caso clínico:** Homem de 74 anos, caucasiano, observado na consulta externa de Dermatologia por aparecimento progressivo de pápulas eritematoacastanhadas, superfície lisa, com aspeto liquenoide, localizadas predominantemente na região central do tronco e superfície flexora dos membros, não-pruriginosas, com 3 meses de evolução. Foi efetuada biópsia cutânea que revelou presença de infiltrado inflamatório mononucleado na derme e vários granulomas epitelioides não necrotizantes, com células gigantes multinucleadas. A pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes, pelo método histoquímico de Zhiel-Neelsen, foi negativa, bem como o exame cultural micobacteriológico; a pesquisa de *M. tuberculosis* por biologia molecular foi negativa. A prova de Mantoux foi não reativa, mas o

teste de Quantiferon-TB mostrou-se positivo. Iniciou terapêutica antibacilar quádrupla, apresentando melhoria significativa, com resolução da dermatose após 9 meses de tratamento.

**Conclusão:** O líquen *scrofulosorum* é uma tuberculide rara que habitualmente afeta crianças e adultos jovens. O diagnóstico diferencial inclui dermatoses granulomatosas como a sarcoidose, granuloma anular e infeções cutâneas. No caso em apreço, apesar de se tratar de um doente idoso, as lesões cutâneas eram exuberantes e, pelo aspeto liquenoide, sugestivas de tuberculide do tipo líquen *scrofulosorum*. A positividade do teste de Quantiferon-TB sem evidência de outros de tuberculose ativa ou latente, associada a resposta favorável aos tuberculostáticos, permitiu o diagnóstico definitivo.

## CC30 - Síndrome de Takotsubo após administração de omalizumab em doente com urticária crónica espontânea

Ângela Roda<sup>1</sup>, Inês Aguiar Ricardo<sup>2,3,4</sup>, Afonso Ferreira<sup>2,3,4</sup>, Luís Rosário<sup>2,3,4</sup>, Ana Rita Travassos<sup>1,5</sup>, Paulo Filipe<sup>1,4,5,6</sup>

1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa; 2. Serviço de Cardiologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa; 3. Universidade de Lisboa, Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa; 4. Centro Académico de Medicina de Lisboa; 5. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; 6. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.

**Introdução:** O omalizumab é um anticorpo monoclonal humanizado anti-Imunoglobulina E, aprovado no tratamento da urticária crónica espontânea, apresentando uma elevada eficácia e um excelente perfil de segurança. Embora os seus efeitos adversos sejam raros, reações alérgicas e eventos cardiovasculares já foram descritos.

**Caso Clínico:** Mulher de 75 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo, seguida em Hospital de Dia de Dermatologia por urticária crónica espontânea, resistente aos anti-histamínicos orais, medicada com omalizumab 300mg de 4 em 4 semanas, com controlo da doença.

Trinta minutos após a 11ª administração de omalizumab, iniciou quadro de dor precordial, tipo opressiva, com duração superior a 20 minutos.

Analicamente, tinha elevação dos marcadores de necrose do miocárdio (troponina T-hs 535ng/L, CK 248U/L). Realizou eletrocardiograma, que mostrou hemibloqueio anterior esquerdo de novo. O ecocardiograma evidenciou hipocinesia meso-apical de todos os segmentos do ventrículo esquerdo e abalamento apical, hiperincidência dos segmentos basais, com grave compromisso da fração de ejeção (FEVE estimada de 30%). A coronariografia comprovou a existência de discinesia meso-apical extensa, sem alterações valorizáveis nas artérias coronárias, sendo compatível com Síndrome de Takotsubo.

Oito dias depois, verificou-se a normalização dos valores de troponina, com recuperação total da função sistólica global e melhoria da contractilidade cardíaca.

No presente caso, ao aplicar a escala de Naranjo, a causalidade entre a administração de omalizumab e o desenvolvimento de Síndrome de Takotsubo é classificada como possível (3 pontos).

**Conclusões:** Embora o Síndrome de Takotsubo induzido por fármacos esteja bem documentado na literatura, não existe nenhum caso reportado com a administração de omalizumab. Contudo, este síndrome já foi reportado previamente com a utilização de outro anticorpo monoclonal. A associação entre o omalizumab e a existência de eventos cardiovasculares tem sido reportada em doentes com outras patologias, nomeadamente em asmáticos.

### CC31 - Esclerose cutânea – qual o seu diagnóstico?

Álvaro Machado<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, S. Foreid<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias; (3) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A Fasceíte Eosinofílica, ou Síndrome de Schulman, é uma doença do tecido conjuntivo rara caracterizada por edema e eritema de início súbito, com esclerose e espessamento progressivos, tipicamente simétricos, da pele e tecidos moles. Dada a morbidade e limitação funcional potencialmente associadas a esta patologia, torna-se pertinente a apresentação do seguinte caso.

**Caso clínico:** Mulher de 61 anos, caucasiana, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, avaliada em consulta de Dermatologia por endurecimento cutâneo acentuado e dor à mobilização dos membros inferiores. Ao exame físico, observada esclerose e espessamento cutâneos a nível da face ântero-medial dos membros superiores e inferiores e flancos, bem como depressão no trajeto das veias superficiais (sinal de *Groove*) dos membros superiores. Analiticamente, identificada eosinofilia, sem outras alterações de relevo. Colocada a hipótese diagnóstica de Fasceíte Eosinofílica, foi efetuada biópsia da pele e músculo, que revelou marcada fibroesclerose homogénea a envolver a derme, tecido adiposo, fáscia e tecido muscular. Associadamente, identificou-se um infiltrado inflamatório polimorfo com numerosos eosinófilos, mas também linfócitos e alguns neutrófilos, achados compatíveis com Fasceíte Eosinofílica. Assim, iniciou-se tratamento com Metotrexato 15 mg/semana e Prednisolona 60 mg/dia. Em consulta de seguimento, registou-se melhoria subjetiva e objetiva importantes, tendo-se mantido a terapêutica instituída até nova avaliação.

**Conclusão:** A Fasceíte Eosinofílica inclui-se num conjunto de patologias que se apresenta com esclerose cutânea simétrica e difusa, sendo diagnóstico diferencial, nomeadamente, de morfea generalizada, escleromixedema, esclerodema e fibrose sistémica nefrogénica. Embora não haja consenso para o tratamento a instituir, bem como a duração de administração, a corticoterapia sistémica, em associação ou não com outros imunomoduladores, poderá ter impacto no curso natural da doença e melhorar aumento da qualidade de vida.

### CC32 - Síndrome de Wells: uma entidade a relembrar

Álvaro Machado<sup>1</sup>, I. Amorim<sup>1</sup>, A. Coelho<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (3) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A Síndrome de Wells, ou Celulite Eosinofílica, é uma patologia cutânea de etiologia desconhecida, com perfil recidivante e clinicamente caracterizada por placas eritematosas, endurecidas, moderadamente pruriginosas ou dolorosas. Dada a sua raridade, trata-se de uma patologia de difícil diagnóstico.

**Caso clínico:** Homem de 31 anos, caucasiano, VIH positivo, encaminhado da consulta de Infeciologia por lesões cutâneas, pruriginosas, com uma semana de evolução. Ao exame físico, foram observadas placas eritematovioláceas, com bordos bem definidos, endurecidas, distribuídas pelos membros inferiores. Foi realizada biópsia cutânea que mostrou infiltrado inflamatório linfocitocitário com abundantes eosinófilos em localização perivascular superficial e profunda e ainda com padrão intersticial na derme reticular e na transição dermo-hipodérmica; observou-se também a presença de frequentes “figuras em chama”, achados compatíveis com Síndrome de Wells. Foi instituída corticoterapia tópica, com resolução completa da clínica em quatro semanas.

**Conclusão:** A Síndrome de Wells é um diagnóstico de exclusão que implica distinção clínica e histopatológica com várias entidades nosológicas que requerem abordagem terapêutica distinta, nomeadamente celulite ou erisipela. Embora a corticoterapia seja um tratamento habitualmente eficaz, o diagnóstico é o passo crítico na abordagem destes doentes. Assim, é

necessário um elevado índice de suspeição numa fase inicial. Apesar do risco de recidiva, o prognóstico da Síndrome de Wells é geralmente bom, sendo frequente a resolução das lesões em semanas a meses, não resultando em cicatriz sequelar.

### CC33 - Sialadenite crónica esclerosante como manifestação de doença relacionada com IgG4

Mariana Batista, Francisca Morgado, Diana Ferreira, M<sup>a</sup> José Julião, José Carlos Cardoso, Margarida Gonçalo  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Entre as causas de infiltração cutâneo-mucosa peri-oral encontra-se a sialoadenite esclerosante crónica, doença atualmente englobada no espectro da Doença Relacionada à IgG4 (DR-IgG4).

Observámos uma mulher de 75 anos referenciada à consulta de dermatologia para realização de testes epicutâneos para despiste de reação alérgica à prótese dentária, por tumefação labial e da região submandibular com desconforto oral progressivo e xerostomia desde há 2 anos que a doente relacionava com nova prótese dentária, mas não observámos qualquer teste positivo.

O exame físico demonstrou massa pétreas submandibular imóvel bilateral em continuidade com placas submucosas pétreas labiais, adenopatias cervicais e supraclaviculares e espessamento cutâneo axilar. A biópsia labial revelou infiltrado linfóide denso (CD3+, CD20+) e plasmócitos policlonais (CD138+) envolvendo e substituindo as glândulas salivares e depósitos de material amorfo eosinófilo, não amiloide.

Do estudo complementar realçamos hipergamaglobulinémia G e M, elevação de IgG4 (11.20 g/L; N 0.3-2.0 g/L), relação IgG4/IgG de 70.44% (N <40%) e no estudo imunohistoquímico da biópsia labial mais de 40% dos plasmócitos (>10/campo) eram IgG4+.

A TAC demonstrou calcificações das glândulas submandibulares, múltiplas adenopatias (cervicais, torácicas e abdominais) e fibrose retroperitoneal. A biópsia da medula óssea não revelou alterações.

Perante o diagnóstico de DR-IgG4 foi iniciada corticoterapia oral (1mg/Kg) com redução marcada da infiltração perioral e submandibular após 1 mês de tratamento.

A DR-IgG4 caracteriza-se por produção anormal de IgG4 que se deposita nos tecidos causando marcado infiltrado linfoplasmocítico, fibrose espiraliforme e obliteração venosa. Qualquer órgão pode ser afetado estando a sialoadenite, a tiroidite e a pancreatite entre as manifestações mais frequentes. O tratamento depende da extensão da doença, sendo habitual a resposta favorável aos glicocorticóides, mas a recidiva é frequente. Deve manter-se o alerta da possibilidade de associação a neoplasias. A sialadenite esclerosante crónica é uma das manifestações cutâneo-mucosas da DR-IgG4 para as quais o dermatologista deve estar alerta.

### CC34 - Abdómen agudo como manifestação inicial de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) imputável ao alopurinol

Mariana Batista, Francisca Morgado, Pedro Oliveira, JC Cardoso, M Gonçalo  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A Síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) representa um efeito adverso medicamentoso grave e potencialmente fatal relativamente frequente na prática clínica.

Descrevemos o caso de um homem de 48 anos admitido no SU com quadro de ventre agudo, destacando nesta data elevação da PCR, sem leucocitose, citólise hepática (AST 205 U/L, ALT 575 U/L) e lesão renal aguda. Foi submetido a colecistectomia laparoscópica, apresentando vesícula biliar colapsada e perfurada cujo exame histológico mostrou congestão e edema da subserosa, sem fibrose ou inflamação da parede. No pós-operatório iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, que suspendeu ao fim de 48 horas por dermatose pruriginosa.

Ao quinto dia de pós-operatório, por manter lesões cutâneas com agravamento do atingimento hepático e renal assim como leucocitose e eosinofilia (Eos 5300/uL) de novo, foi contactada a Dermatologia. Observámos eritrodermia esfoliativa com acentuação folicular, muito pruriginosa, edema da face e pavilhões auriculares e adenopatia inguinal. O doente referiu crise gotosa 1 mês antes para o qual foi medicado com alopurinol e colchicina (suspensos no início do internamento) e quadro de astenia e anorexia desde há 2 semanas.

O estudo complementar realizado (serologias víricas, autoimunidade, exame de urina, pesquisa de DNA de HHV-6 e HLA-B 58:01) foi negativo. A biópsia cutânea revelou espongiose difusa da epiderme com vacuolização da camada basal, infiltrado inflamatório linfomononucleado com predomínio perivascular da derme superficial e numerosos eosinófilos. Iniciou corticoterapia EV (1mg/kg/dia), e manteve evicção do alopurinol, com lenta mas franca melhoria clínica e analítica.

A apresentação clínica inicial da Síndrome de DRESS é muito heterogénea incluindo tipicamente, mas não invariavelmente, atingimento cutâneo. A eosinofilia, embora característica, pode surgir tardiamente no curso da doença. Manifestações multiorgânicas agudas, ainda que sem atingimento cutâneo mas num contexto clínico apropriado, devem evocar uma potencial reação adversa medicamentosa.

### CC35 - Olho vermelho e eritema nodoso – a propósito de um caso

**Francisca Morgado, M. Batista, I. Coutinho, J. C. Cardoso, A. Figueiredo**

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A doença da arranhadura do gato (DAG) é uma zoonose causada pela bactéria *Bartonella henselae*. Tipicamente apresenta-se com pápula de inoculação e adenopatia axilar única persistente, com habitual resolução em 2-4 meses.

Relatamos o caso de uma mulher de 41 anos, previamente saudável, que recorreu à Urgência por quadro de febre, mioartralgias, olho vermelho à direita e linfadenopatia axilar direita dolorosa com 3 semanas de evolução. A este quadro associava lesões pustulosas nos membros superiores dispersas irregularmente e nódulos eritematosos, quentes e dolorosos nos membros inferiores. Referia nas 2 semanas precedentes, o surgimento de pápula violácea no primeiro espaço interdígital do dorso da mão direita. Quando questionada, confirmava contacto com ninhada de gatos no mês anterior. Analiticamente, tinha discreta elevação da PCR, sem alterações na ecografia abdominal e radiografia do tórax. Trazia ecografia ganglionar que mostrava conglomerado adenopático axilar direito com 3,6 cm, sem outras adenopatias nas restantes cadeias ganglionares. Por suspeita de Doença da Arranhadura do Gato associada a Eritema Nodoso iniciou terapêutica com doxiciclina 100mg 2id, azitromicina 250mg 2id e aplicação local de dermatocorticoide de alta potência. Do estudo complementar realizado destacou-se a presença de granulomas sarcóides na lesão violácea de inoculação - com pesquisa de DNA de *B. henselae* positiva. A biópsia das lesões dos membros inferiores confirmou a hipótese de eritema nodoso. A PET, realizada 4 meses depois por persistência da linfadenopatia, mostrava captação hipermetabólica intensa apenas nesta localização, sem outras alterações. Optou-se então pela excisão de um gânglio, cuja histologia foi de linfadenite granulomatosa necrotizante. Actualmente, a doente mantém-se assintomática, com formações ganglionares axilares direitas palpáveis, sem critérios de adenopatias.

Destaca-se o quadro de reação granulomatosa exuberante com linfadenite necrotizante de curso arrastado e manifestações inaugurais cutâneas atípicas como apresentadoras de Doença da Arranhadura do Gato.

### CC36 - A propósito de um caso de esclerodermia localizada com manifestações extracutâneas

**Francisca Morgado, M. Batista, L. Santiago, M. Brites, M. Gonçalves**

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A morfeia, ou esclerodermia localizada, é um distúrbio do tecido conjuntivo com excesso de deposição de colagénio na derme ou mais profundamente no tecido adiposo, fascia, músculos, ou ossos. Apesar de inicialmente distinguida da esclerose sistémica pela limitação da esclerose à pele e ausência de manifestações sistémicas, sabe-se actualmente que pode estar associada a múltiplas manifestações extracutâneas.

Relatamos o caso de um homem de 54 anos, com antecedentes de hipertensão, obesidade, apneia obstrutiva do sono e tabagismo, e uma dermatose escleroatrófica com 20 anos de evolução. O quadro iniciou-se por hemiatrofia do membro superior direito, com posterior surgimento de manchas acastanhadas de centro atrófico no tronco e atrofia do membro inferior direito. Associava o início do quadro a um acidente de viação com atingimento do membro superior direito 3 meses antes. Referia cansaço, dispneia, falta de força muscular à direita e artralgias bilateralmente desde 2010. Sem fenómeno de Raynaud ou disfagia.

Do estudo complementar destacamos ANA e anticorpos associados a miosite anti-Ku e anti-PM-Scl75 positivos; anticorpos anti-centrómero e anti-Scl-70 negativos; TC-torácica com atelectasia pulmonar; provas respiratórias com padrão restritivo; RMN com atrofia muscular; electromiograma do membro superior com lesão das fibras musculares; endoscopia digestiva alta sem alterações. A biópsia de lesão no tronco mostrou lipoatrofia e espessamento dos feixes de colagénio da derme superficial/média. Na ausência de critérios para esclerose sistémica, admitiu-se o diagnóstico de morfeia mista com manifestações extracutâneas. Iniciou fototerapia com melhoria parcial às 7 semanas e metotrexato (15mg/semana).

As manifestações extracutâneas da esclerose cutânea localizada, habitualmente pouco conhecidas, podem estar directamente relacionadas com o processo fibrótico dos tecidos subjacentes à pele e/ou a outros mecanismos ainda pouco esclarecidos. Este caso ilustra a dificuldade de classificação da esclerodermia e permite discutir os aspectos clínicos que distinguem a morfeia da esclerose sistémica, com ênfase nas suas manifestações extracutâneas.

### CC37 - Dermatose papulopustulosa generalizada – Um desafio diagnóstico

**Ana Filipe Monteiro<sup>1</sup>, M. Rato<sup>1</sup>, F. Gil<sup>1</sup>, J. Parente<sup>1</sup>, P. Luís<sup>2</sup>, J. Cabeçadas<sup>3</sup>, F. Sachse<sup>4</sup>, T. Mendonça<sup>5</sup>**

1. Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santarém EPE; 2. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santarém EPE; 3. Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa; 4. Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa; 5. Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa.

**Relato de Caso:** Mulher, 69 anos, observada por dermatose generalizada com 2 semanas de evolução. Referia início do quadro com lesão nodular na perna esquerda após eventual picada de inseto que motivou medicação com antibiótico oral. Dois dias após, iniciou lesões no tórax com progressão cefalo-caudal acompanhadas de sintomatologia geral, perda ponderal marcada e febre. Ao exame objetivo apresentava dermatose polimorfa simétrica e disseminada caracterizada por pápulas eritematosas, nódulos cobertos por crostas hemorrágicas, pústulas, vesículas, bolhas e nódulo vegetante, ulcerado na face posterior da perna esquerda. A dermatose poupava a face, palmas e plantas. Mucosa oral sem lesões. No restante exame físico de realçar a presença de adenopatias inguinais à esquerda palpáveis, duras e aderentes aos planos profundos, não dolorosas. Analiticamente detetou-se anemia microcítica e normocrómica, leucocitose com neutrofilia acentuada e proteínas C reativa francamente elevada. As biópsias cutâneas bem como a pesquisa de agentes infecciosos foram inconclusivas. Após agravamento do quadro com febre e novas adenopatias efetuou-se TAC corpo que revelou vários gânglios axilares bilaterais e múltiplos micronódulos subpleurais. Procedeu-se a excisão cirúrgica de uma adenopatia. O exame histopatológico do gânglio inguinal direito revelou um Linfoma de células T periférico NOS, CD30+ e ALK- de origem nodal. A doente foi encaminhada para a consulta de Linfomas do IPO onde iniciou terapêutica com ciclofosfamida, hidroxidourubicina, vincristina e prednisona (CHOP) e boa tolerância ao primeiro ciclo.

**Discussão e Conclusão:** O Linfoma de células T periférico, “not otherwise specified” (LCTP - NOS) é um linfoma raro (12% dos Linfomas Não-Hodgkin)

e agressivo, que em 20% dos casos pode ter origem primária na pele ou nos gânglios linfáticos com envolvimento cutâneo secundário. As manifestações cutâneas do LCTP-NOS são distintas desde manchas, pápulas, placas, nódulos e ulcerações, existindo poucos estudos que documentem as características clinicopatológicas cutâneas deste linfoma. Neste caso constata-se o facto de o LCTP-NOS mimetizar as características clínicas e histológicas de outras dermatoses tornando o seu diagnóstico desafiante e demorado.

## Posters

### P01 - Melanoma e Dermatoscopia

**Maria Mendonça-Sanches<sup>1</sup>, C Moura<sup>2</sup>, M Cravo<sup>2</sup>, M Rafael<sup>2</sup>, F Sachse<sup>2</sup>, M Pecegueiro<sup>2</sup>**

(1) Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal; (2) Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE

Nos últimos anos o aumento da incidência de cancro cutâneo, nomeadamente do melanoma maligno, tem sido notório. Desta forma, começaram a surgir novos meios auxiliares de diagnóstico para o seu correto e precoce diagnóstico.

A dermatoscopia, como técnica não invasiva, surge assim como um auxiliar precioso no diagnóstico de lesões pigmentadas. Vários estudos revelam que a sua utilização por especialistas treinados aumenta a sensibilidade e especificidade diagnóstica das lesões pigmentadas comparativamente à simples inspeção clínica.

Particularmente no melanoma, quando a dermatoscopia é utilizada de forma correta e sistemática, há um aumento da sensibilidade diagnóstica de cerca de 20 a 25% quando comparada à inspeção clínica *per si*. Porém, o aumento da certeza diagnóstica de uma lesão pigmentada não é a única vantagem da dermatoscopia. Dado que a presença de determinadas estruturas dermatoscópicas permitem perceber qual a profundidade das lesões, esta técnica pode ser utilizada para definir locais de biopsia em lesões suspeitas e de grande dimensão, bem como auxiliar o patologista quanto ao local mais indicado de incisão da peça. Da mesma forma ocorre ainda uma diminuição de excisões desnecessárias que, segundo *Argenziano*, ronda os 40%.

Os autores descrevem de forma sistemática os diferentes padrões dermatoscópicos presentes nos diferentes tipos de melanoma primário cutâneo, em diversas localizações anatómicas, evidenciados na consulta de grupo do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE, nomeadamente a presença de: heterogeneidade de cor e estruturas; rede pigmentar irregular; bordos irregulares com terminação abrupta da rede pigmentar; áreas hipopigmentadas; véu azul-esbranquiçado ou avermelhado; vermelho homogéneo; estrias assimétricas; vasos em ponto e em gancho.

Ao permitir a identificação fácil e *in vivo* destas múltiplas estruturas invisíveis à observação clínica, a dermatoscopia levou ao aparecimento de uma nova linguagem que conduziu à criação de diversos algoritmos diagnósticos atualmente utilizados no diagnóstico precoce do melanoma maligno.

### P02 - Efeitos secundários cutâneos dos inibidores BRAF.

**Maria Mendonça-Sanches<sup>1</sup>, C Moura<sup>2</sup>, M Cravo<sup>2</sup>, M Rafael<sup>2</sup>, F Sachse<sup>2</sup>, M Pecegueiro<sup>2</sup>**

(1) Clínica Universitária de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal; (2) Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE

O melanoma metastizado é responsável por mais de 80% das mortes atribuídas a neoplasias cutâneas, com uma incidência crescente nos últimos anos. Num passado bastante recente, a dacarbazina e a interleucina 2 eram as únicas opções terapêuticas disponíveis, sem um aumento da sobrevida global relevante e com efeitos secundários importantes, respectivamente. Atualmente, as terapêuticas “alvo” dirigidas aos diferentes oncogenes bem como imunomoduladoras, utilizadas isoladamente ou em associação, têm tido um papel crucial no aumento da sobrevida dos doentes com melanoma

metastizado. Dentro destas, em doentes com mutação BRAF V600E documentada, a utilização de inibidores BRAF tem demonstrado um aumento estatisticamente significativo na sobrevida livre de doença e sobrevida global dos doentes com melanoma metastizado. Porém, existem efeitos secundários, primariamente cutâneos, associados a este tipo de terapêuticas. Na grande maioria dos casos são leves, carecendo de um diagnóstico atempado e terapêutica de suporte, por vezes dirigida à patologia em questão.

Os autores descrevem de forma sistemática os diferentes efeitos secundários do vemurafenib, inibidor BRAF, evidenciados em regime de consulta no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE. Estes foram agrupados em dermatoses inflamatórias como a toxidermia exantemática, a fotossensibilidade, a queratose pilar, a queratoderma palmoplantar e a paniculite; dermatoses proliferativas benignas como nevos eruptivos, verrugas virais e quistos epidérmicos; dermatoses proliferativas premalignas ou malignas como as queratose actínicas, carcinoma espinocelular e melanoma. Registaram-se ainda alterações das faneras.

Na atual abordagem multidisciplinar torna-se fulcral a participação ativa do dermatologista no acompanhamento do doente com melanoma em estágio IV sob terapêutica, sendo imprescindível o reconhecimento dos diversos efeitos secundários dos fármacos utilizados na prática clínica. Desta forma, poderá não só haver um diagnóstico precoce destes bem como uma melhor abordagem terapêutica, minimizando a descontinuação do fármaco.

### P03 - Pink lesions: um desafio na Dermatologia

**Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes**  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

As lesões papulares rosadas solitárias, pela sua similaridade clínica e pelo diagnóstico diferencial com melanoma amelanótico, permanecem um desafio.

Estas lesões, com exceção do nevo melanocítico intradérmico e do angioma não têm critérios específicos na dermatoscopia, pelo que carecem de confirmação histopatológica do seu diagnóstico.

Com este trabalho propomos apresentar diversos casos clínicos (imagens clínicas e dermatoscópicas) de lesões que se enquadram neste grupo, nomeadamente tumor fusocelular, poro dilatado de Winer, dermatofibroma, carcinoma espinocelular, acantoma de células claras, entre outros.

### P04 - Linfoma difuso de grandes células, tipo perna: a propósito de um caso clínico

**Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes**  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

**Introdução:** O linfoma primário cutâneo difuso de grandes células, tipo perna, representa cerca de 10-20% dos linfomas cutâneos primários. Afeta sobretudo doentes numa faixa etária compreendida entre os 70-82 anos e acomete principalmente uma só perna, no entanto em 12% dos doentes encontra-se confinado a outra área anatómica. O seu prognóstico é reservado, bem como a taxa de recidiva, sendo o seu tratamento mais agressivo que os restantes linfomas cutâneos.

**Caso clínico:** Apresentamos um doente do sexo masculino, 79 anos, raça caucasiana, referenciado à consulta de Dermatologia por lesões nodulares no dorso desde há 7 anos, com evolução rápida e progressiva nos últimos 6 meses. Referia prurido localmente. Negava sintomas constitucionais.

Ao exame objectivo, no dorso, era possível observar múltiplas placas e nódulos, alguns agrupados, eritematosos de superfície lisa e brilhante com bordos bem delimitados e contornos regulares, que variavam entre 1 e 4 cm de maior eixo. Procedeu-se à realização de uma biopsia cutânea. O exame histopatológico relevou tratar-se de um linfoma difuso de grandes células do tipo perna.

Os meios complementares de diagnóstico realizados, nomeadamente estudo analítico e tomografia computadorizada, não evidenciaram alterações significativas. O doente foi reencaminhado para a consulta de Hematologia, onde realizou uma biopsia da medula óssea que mostrou apenas hiperplasia

medular reactiva, sem invasão do processo linfoproliferativo. Foi classificado com o estadio T2b; An Arbor IE. Realizou 6 ciclos de quimioterapia (R-CHOP) mais radioterapia de consolidação, com regressão das lesões. Atualmente encontra-se apenas com manchas de hiperpigmentação no local das lesões. **Conclusão:** Os linfomas cutâneos difusos de grandes células, do tipo perna, são uma entidade rara. Com este caso clínico pretendemos realçar a possibilidade de uma localização atípica dos mesmos, bem como o sucesso do tratamento efectuado.

### **P05 - Carcinoma basocelular de grandes dimensões: reconstrução com retalho O-Z e enxerto**

**Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes**  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

Doente do sexo masculino, 64 anos de idade, reencaminhado à consulta de Dermatologia por lesão sangrante, com cerca de 6 anos de evolução localizada na região anterior do ombro esquerdo. Ao exame objectivo era possível observar um placa eritematosa, recoberta por crosta amarelada, friável e ulcerada no seu polo inferior, com bordos bem definidos, contornos irregulares, com cerca de 8 centímetros de maior diâmetro, localizada na face anterior do ombro esquerdo.

Foi realizada a exeresse cirúrgica e reconstrução do defeito com retalho em O-Z e dois enxertos dos triângulos de descompressão.

Após 5 anos de seguimento o aspecto estético permanece favorável e sem recidivas locais.

Serve este caso clínico para realçar a utilidade que a pele redundante resultante dos triângulos de Burrow tem no encerramento de defeitos de grandes dimensões.

### **P06 - Carcinoma espinocelular de grandes dimensões: reconstrução com retalho de rotação**

**Cristina Sousa, J. Lopes, M. Campos, A. Baptista, N. Menezes**  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

Doente do sexo masculino, 92 anos de idade, referenciado à consulta de Dermatologia por lesão nodular ulcerada, com cerca de 3 anos de evolução, que envolvia a totalidade da região malar esquerda.

Ao exame objectivo era possível observar um nódulo localizado na região malar esquerda, eritematoso com cerca de 5 centímetros de maior diâmetro, ulcerado no seu seio. Foi realizada a sua exeresse cirúrgica e reconstrução do defeito com retalho de rotação. A histologia foi compatível com carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado. O doente posteriormente realizou ciclos de radioterapia. Após 5 anos de seguimento, mantém-se sem recidiva.

### **P07 - Dermatofibroma aneurismático: diagnóstico diferencial de pápula preto-azulada,**

**Alexandra Azevedo<sup>1</sup>, José Ricardo Brandão<sup>2</sup>, Mónica Caetano<sup>1,3</sup>, Tiago Torres<sup>1,3</sup>, Manuela Selores<sup>1,3</sup>**

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto;(2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (3) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

**Caso clínico:** Homem de 78 anos, sem história pessoal ou familiar de cancro cutâneo, foi observado na consulta de Dermatologia por lesão cutânea pigmentada, dolorosa, localizada no dorso com 2 anos de evolução e história prévia de traumatismo local. Clinicamente, observava-se uma pápula redonda, preto-azulada, superfície lisa, consistência firme, com 8 mm de diâmetro, com sinal dimple negativo, localizada na região escapular direita. As hipóteses de diagnóstico mais prováveis consideradas incluíram

carcinoma basocelular pigmentado, nevo spitz, melanoma nodular e malformação vascular trombosada. Foi realizada biópsia excisional da lesão cujos achados morfológicos e imunohistoquímicos revelaram tratar-se de dermatofibroma variante aneurismática.

**Conclusão:** O dermatofibroma, ou histiocitoma fibroso benigno, é uma neoplasia cutânea comum de diagnóstico geralmente fácil na maioria dos casos. Todavia, a diferenciação com outros tumores cutâneos pode ser difícil, sobretudo nas apresentações atípicas ou nos casos de variantes histológicas mais raras. O dermatofibroma aneurismático é umas das variantes menos frequentes e, habitualmente, tem dimensões superiores e policromasia relativamente dermatofibroma típico. Pode estar associado a dor ou ter um crescimento rápido causado por hemorragia espontânea. A presença destas características faz com que este diagnóstico não seja considerado muitas vezes pelos clínicos, como ilustra o caso. O exame histológico é fundamental nestes casos e a identificação de espaços lacunares hemorrágicos sem revestimento endotelial intratumoral é o achado mais característico.

### **P08 - Uma causa invulgar de pápulas da face**

**Francisco Gil (1), A. Monteiro (1), M. Rato (1), J. Parente (1), H. Garcia (2)**

(1) Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém: (2) Centro de Diagnóstico Anátomo-Patológico, Coimbra

**Introdução:** A hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia (HALE) afecta sobretudo adultos jovens, sem predilecção evidente por género. Manifesta-se por lesões papulo-nodulares eritematosas ou acastanhadas, de dimensões variáveis, com localização predominante nas regiões frontal, periauricular e couro cabeludo. As lesões são persistentes, solitárias ou múltiplas numa percentagem variável dos casos e podem ser assintomáticas, dolorosas ou pruriginosas.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 28 anos, recorre à consulta de Dermatologia por lesões pruriginosas com 7 meses de evolução. Apresentava múltiplas pápulas eritematosas, bem delimitadas, nas regiões frontal, temporal e pré-auricular esquerdas. Após biópsia incisional de uma das lesões, o exame histopatológico revelou “componente linfóide muito proeminente, com um infiltrado denso na derme superficial e profunda, multinodular, com formação de centros germinativos reactivos de grandes dimensões, particularmente em superfície, com número significativo de eosinófilos dispersos. Marcada neovascularização, sobretudo à custa de vasos capilares revestidos por células endoteliais muito procliventes e frequentemente epitelióides, compatível com hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia (hemangioma epitelióide)”. Por prurido intenso e motivações estéticas procedeu-se à excisão cirúrgica das pápulas de maiores dimensões.

**Conclusão:** A literatura favorece a possibilidade de a HALE ser um processo reactivo a diversos estímulos, apesar de se debater a hipótese de se tratar de uma neoplasia vascular benigna. Histologicamente consiste numa proliferação circunscrita constituída por componentes vascular e inflamatório combinados. O diagnóstico diferencial contempla essencialmente doença de Kimura, angiossarcoma, hemangioendotelioma epitelióide, sarcoma de Kaposi, granuloma piogénico e metástases cutâneas. A regressão espontânea das lesões encontra-se descrita. Não existindo tratamento consistentemente eficaz, corticosteróides tópicos ou intralésionais, interferão alfa-2a, agentes citotóxicos e técnicas destrutivas como crioterapia ou radioterapia têm sido relatados, com resultados insatisfatórios. Lasers visando o componente vasoproliferativo das lesões têm conseguido um sucesso variável. A excisão cirúrgica tem proporcionado os melhores resultados, embora com recorrência em 1/3 dos casos.

## P09 - Pilomatricoma maligno plurimetastizado e rapidamente progressivo: o relato de um caso raro

Ângela Roda<sup>1</sup>, R. Pimenta<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, S. Fernandes<sup>1</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, H. Kutzner<sup>2,4</sup>

1. Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Lisboa.; 2. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa.; 3. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.; 4. Dermatopathologie Friedrichshafen, Friedrichshafen, Germany.

**Introdução:** O pilomatricoma maligno é um tumor cutâneo extremamente raro, que deriva das células da matriz folicular. Embora historicamente tenha sido considerado um carcinoma de baixo grau, atualmente, o seu potencial metastático tem sido documentado na literatura. Descrevemos um caso de pilomatricoma maligno, plurimetastizado e rapidamente progressivo.

**Caso Clínico:** Homem, de 72 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao serviço de urgência de dermatologia por nódulo subcutâneo, violáceo, duro e pouco móvel, com cerca de 1 cm de diâmetro, localizado na região frontal e com aparecimento recente e crescimento rápido no último mês. Tinha também outros dois nódulos, com características semelhantes na região lombar, que teriam surgido posteriormente à lesão inicial. Como sintomas acompanhantes, o doente referia cansaço fácil e dor torácica.

Foi realizada inicialmente biópsia incisional do nódulo subcutâneo da região frontal, que foi compatível com pilomatricoma maligno, mostrando uma forte positividade para  $\beta$ -catenina e um muito elevado índice proliferativo, sem áreas de pilomatricoma benigno observáveis.

Posteriormente, efetuaram-se biópsias excisionais das lesões lombares, que foram consistentes com metastização cutânea de pilomatricoma maligno.

Realizou ainda TC toraco-abdomino-pélvica, que mostrou inúmeras lesões subcutâneas e intramusculares, adenopatias axilares, mediastínicas e inguinais, múltiplas lesões ósseas líticas metastáticas, numerosas lesões pulmonares sólidas, incontáveis metástases hepáticas e vários implantes peritoneais.

Assistiu-se a uma deterioração clínica rapidamente progressiva, registando-se o óbito, dois meses após a apresentação inicial.

**Conclusão:** A metastização sistémica está descrita em menos de 15% dos casos de pilomatricoma maligno, ocorrendo habitualmente após recidiva local. O caso clínico que relatamos ilustra a presença de doença metastática no momento do diagnóstico inicial de pilomatricoma maligno, o que é extraordinariamente raro.

## P10 - Um caso atípico de elastofibroma

Filipa Almeida<sup>1</sup>, R. Santos<sup>1</sup>, S. Carvalho<sup>2</sup>, M. Duarte<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, Braga; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga, Braga

O elastofibroma dorsal é um tumor raro do tecido conjuntivo, de natureza benigna, que surge mais frequentemente em mulheres a partir da quinta década de vida. Localiza-se mais comumente na região sub-escapular e o seu crescimento é lento. Os sintomas mais frequentemente descritos são dor ou desconforto, que se pode associar a aumento do volume sub ou infra-escapular, crepitações e limitação do movimento.

Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 20 anos de idade, referenciada à consulta de Dermatologia por uma placa eritematosa de 2cm de maior diâmetro, de consistência firme, assintomática, localizada na região escapular direita, com 1 ano de evolução. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou tratar-se de um elastofibroma.

Dada a raridade deste tumor e a idade de apresentação pouco típica, o presente caso vem realçar a importância da histologia no diagnóstico diferencial com outras lesões igualmente benignas, como lipomas e hemangiomas, e principalmente na exclusão de lesões malignas, como linfomas, sarcomas ou metástases cutâneas.

## P11 - Quando duas lesões singulares se encontram no mesmo doente

Álvaro Machado<sup>1</sup>, I. Amorim<sup>1</sup>, S. Foreid<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias; (3) Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** Apresentamos o caso de um doente com duas lesões peculiares um tumor cutâneo raro e um tumor cutâneo extremamente comum, mas com apresentação atípica. O Fibroepitelioma de Pinkus é um raro tumor cutâneo, classicamente considerado uma variante de carcinoma basocelular, que pode mimetizar um diverso conjunto de neoplasias cutâneas benignas e malignas. O dermatofibroma é um tumor cutâneo benigno comum e habitualmente de fácil diagnóstico clínico.

**Caso clínico:** Homem de 48 anos, caucasiano, referenciado à consulta externa de Dermatologia por duas lesões cutâneas, uma localizada à fossa ilíaca esquerda, com 3 anos de evolução, e outra no dorso do pé, com 2 anos de evolução. Ao exame físico, a nível da fossa ilíaca esquerda, observava-se placa oval com cerca de 20 mm x 10 mm, superficial, rosada, com pequena crosta aderente e mole à palpação. Realizada biópsia excisional que revelou lesão tumoral de aspeto fibroepitelial constituída por cordões delgados de células epiteliais de tipo basaloide, separados por estroma fibrocolagenoso, achados compatíveis com Fibroepitelioma de Pinkus. A nível da face dorso-lateral do pé direito, identificou-se pápula com cerca de 7 mm, dura, de cor preta e aderente. Efetuada biópsia excisional da lesão que mostrou a presença de neoformação dérmica constituída por proliferação de células fusiformes de natureza fibroblástica e fibrohistiocitária com abundante matriz colagenosa extracelular. Adicionalmente, coexistia hiperpigmentação melânica da epiderme suprajacente à lesão nodular.

**Conclusão:** Este foi o caso de um doente com duas lesões particulares. Por um lado, o Fibroepitelioma de Pinkus raramente é observado na prática clínica. Por outro lado, este doente apresentava um dermatofibroma com apresentação atípica e cujo diagnóstico diferencial com melanoma maligno foi mandatário.

## P12 - Úlcera orofacial herpética em doente infetado pelo VIH

Jorge Lopes, AF. Massa, C. Sousa, M. Campos, A. Baptista

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

A infeção pelo Vírus do Herpes Simples (HSV) é uma causa frequente de ulceração mucocutânea tanto em indivíduos imunocompetentes como em imunocomprometidos. Em doentes infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a resultante supressão do sistema imunitário conduz a infeções oportunistas com manifestações, por vezes, exuberantes.

Apresentamos o caso de um doente de 39 anos, diagnosticado com o VIH desde os 20 anos, atualmente em estadio SIDA, sem terapia antirretroviral por má adesão. Recorre à consulta de dermatologia por uma lesão ulcerada da face com fundo necrótico, de 10 cm por 3 cm, com atingimento dos lábios, região supralabial e malar direita e com destruição das cartilagens alares bilateralmente, dolorosa, com cerca de dois meses de evolução. A impressão clínica de úlcera herpética foi corroborada pela pesquisa do DNA do HSV por biologia molecular com positividade para o HSV-1. Foi iniciado tratamento oral com aciclovir 400 mg de 8 em 8 horas, que cumpriu durante 6 semanas, associado à aplicação tópica de suspensão de óxido de zinco e fotoproteção. Após o tratamento, o doente apresentou remissão dos achados cutâneos, permanecendo apenas hipopigmentação residual.

Em doentes imunocomprometidos, algumas das patologias cutâneas mais prevalentes na população geral assumem, por vezes, manifestações atípicas. Este caso traduz a multiplicidade de achados dermatológicos na infeção pelo VIH, bem como a sua potencial gravidade.

### P13 - *Tinea faciei* - análise retrospectiva de 9 anos do serviço de Dermatovenerologia HSAC, CHLC

Ana Sofia Borges; C. Garlhardas; A. Brasileiro; Apetato. M  
Serviço de Dermatovenerologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** *Tinea faciei* é uma dermatofitose relativamente incomum que afeta a pele glabra da face.

**Objetivos:** Este estudo teve como principal objetivo analisar as características epidemiológicas, clínicas e microbiológicas dos casos de *tinea faciei* diagnosticados no serviço de Dermatovenerologia do Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central.

**Material e métodos:** Foram analisados retrospectivamente todos os casos de *tinea faciei* diagnosticados entre 2008 e 2016.

**Resultados:** No período em estudo foram diagnosticados 72 casos de *tinea faciei*, correspondendo a 7.5% dos casos de *tinea corporis* diagnosticados no mesmo período. Do total de 72 doentes com *tinea faciei*, 37 eram do sexo masculino e 35 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 meses e 86 anos. A maioria dos casos foi diagnosticada em doentes com menos de 12 anos (59.72%). Relativamente aos microrganismos isolados, 75.7% foram dermatófitos antropofílicos, nomeadamente *Microsporum audouinii* (22.3%), *Tricophyton soudanense* (21.4%) e *Tricophyton rubrum* (20.0%). Clinicamente destaca-se a percentagem significativa de doentes (25%) que apresentavam dermatofitoses em outras áreas anatómicas, nomeadamente no couro cabeludo. Apenas 10 casos foram previamente tratados com corticoides tópicos em consequência de um incorreto diagnóstico clínico. Em relação à terapêutica instituída, verificou-se que a maioria dos doentes (52%) necessitou de antifúngicos sistémicos com resolução completa das lesões, sem recorrência das mesmas ou efeitos adversos associados.

**Conclusões:** Em contraste com estudos europeus previamente publicados, os dermatófitos antropofílicos foram os principais agentes responsáveis pelos casos de *tinea faciei* diagnosticados. Este facto deve-se à provavelmente ao fluxo migratório existente na área geográfica de Lisboa. Além disso, também em contraste com series anteriores, os casos de *tinea* da face foram menos frequentes, possivelmente pela melhor compreensão desta entidade clínica.

### P14 - Leishmaníase do Novo Mundo: o papel da microscopia confocal no diagnóstico de infeções cutâneas

Ana Ortins-Pina, T. Marques, L. Campino, L. Soares-de-Almeida, J. P. Freitas, P. Filipe, A. L. Oliveira  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

A leishmaníase cutânea pode confundir-se com outras infeções cutâneas como a esporotricose e nocardiose. Meios de diagnóstico como a biópsia cutânea e a identificação dos microrganismos são técnicas invasivas e morosas. A microscopia confocal de reflectância (MCR) tem sido cada vez mais utilizada em diversas dermatoses inflamatórias e infecciosas. Estão descritos na literatura dois casos de leishmaníase cutânea avaliados por MCR.

Um doente do sexo masculino, 59 anos, brasileiro, fototipo V de Fitzpatrick, recorreu ao serviço de urgência por 6 placas ulceradas nas pernas e braço direito com padrão de disseminação linfocutâneo com 2 meses de evolução. O diagnóstico diferencial clínico incluiu esporotricose, nocardiose, micobacteriose e leishmaníase do Novo Mundo. Por MCR, foi possível visualizar células multinucleadas, granulomas, e imagens compatíveis com "ovos num ninho de ave". A biópsia cutânea demonstrou hiperplasia pseudoepiteliomatosa da epiderme, granulomas supurativos na derme, e imagens compatíveis com amastigotas intracelulares evidenciados pela coloração Giemsa. O diagnóstico de leishmaníase foi confirmado por cultura de biópsia cutânea. O sub-género *Viannia* foi identificado por método baseado no DNA (PCR-RFLP, polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism). O doente foi tratado com anfotericina B lipossómica,

com resolução clínica. A reavaliação com microscopia confocal permitiu comprovar o desaparecimento das estruturas previamente visualizadas.

A MCR é uma técnica de imagiologia cutânea que permite a visualização in vivo da epiderme e derme papilar de forma não invasiva. Esta técnica tem a capacidade de caracterizar infeções virais, bacterianas, fúngicas e parasitárias, desde molusco contagioso, infeções herpéticas e verrugas virais, a *tinea capitis*, *corporis* e incognito, mucormicose, sífilis e escabiose. À semelhança da evolução conhecida pela dermatoscopia, o espectro de utilização de MCR tem-se expandido progressivamente.

### P15 - Tricomose axilar – relato de um caso clínico

Sandra Ferreira, Azevedo A, Fernandes Conde, Selores M  
Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

A tricomose é uma infeção bacteriana superficial, geralmente causada por espécies pertencentes ao género *Corynebacterium*. Atinge preferencialmente os pêlos axilares, denominando-se "tricomose axilar", embora em raras ocasiões também possa afetar os pêlos das regiões púbica, escrotal e interglútea. Caracteriza-se pelo aparecimento de concreções amarelas, pretas ou vermelhas, envolvendo a haste capilar.

Relatamos o caso clínico de um homem de 36 anos, de raça caucasiana, sem antecedentes patológicos relevantes, com história de hiperhidrose e odor axilar intensos desde há vários meses. Referia alteração da textura dos pêlos axilares, assim como coloração amarelada da roupa com a sudorese axilar intensa. Tratamentos prévios com antifúngicos tópicos e sistémicos, sem benefício clínico. Ao exame objetivo, observavam-se múltiplos micronódulos amarelados envolvendo os pêlos axilares bilateralmente.

A observação com lâmpada de Wood mostrou fluorescência amarela pálida dos pêlos axilares afetados. O doente foi tratado com aplicação de eritromicina (40 mg/ml) em solução cutânea e antitranspirante local, tendo sido também recomendada a depilação axilar, com resolução completa do quadro.

A tricomose é uma patologia dermatológica pouco frequente, com escassos casos descritos na literatura, sendo a variante clínica mais comum a tricomose flava (amarela). É relatada mais frequentemente em climas húmidos e tropicais e atinge preferencialmente adolescentes e adultos jovens. O tratamento consiste na realização de depilação do local afetado, antibiótico tópico (eritromicina, clindamicina) e antitranspirantes. Este caso torna-se pertinente na medida em que, muitas vezes, esta infeção pode ser subdiagnosticada e confundida com infeções de origem fúngica.

### P16 - Notificação de parceiros – Opções disponíveis e preferências dos doentes

Alexandre Miroux-Catarino 1; J. Borges-Costa 2  
(1) Serviço de Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa; (2) Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Lisboa; (3) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

**Introdução:** A notificação de parceiros tem um papel fundamental no controlo epidemiológico das infeções sexualmente transmissíveis (IST) que apresentam incidências crescentes.

**Material e Métodos:** Foi realizado um questionário a 100 doentes consecutivos da consulta de Venereologia do Hospital Santa Maria em Lisboa.

**Resultados:** Na população estudada, 43 tinham história de IST anterior, 25 dos quais tinham o diagnóstico prévio de VIH. Sessenta e quatro doentes informaram os parceiros sobre IST diagnosticada. Dos que não avisaram 50 % não o fez por já não ter contacto com os parceiros e 36% não achou importante. Em relação aos métodos de notificação de parceiros: 98 % achou adequado levar um folheto informativo sobre a doença aos parceiros; 72 % concordaria em entregar uma autorização de consulta ao parceiro, 58 % considerou que levar diretamente a medicação seria uma opção, 58 % achava adequado que o médico de família do parceiro o convocasse para uma consulta, e 42 % considerou adequado o envio de email ou mensagem de telemóvel.

**Discussão:** A elevada percentagem de diagnósticos prévios aponta para um conjunto de indivíduos pertencentes aos grupos com maior risco de

transmissão de IST. Uma percentagem elevada (36%) dos que não informaram os parceiros acharam que não seria importante, o que pode revelar uma falha de comunicação do profissional de saúde. O método considerado mais vezes adequado foi o da notificação passiva.

**Conclusão:** É necessário tornar a notificação dos parceiros mais eficaz como forma de reduzir a incidência das IST.

## P17 - Primosecundarismo sífilítico em doente imunocompetente: caso clínico

Inês Raposo<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>1</sup>, M. Selores<sup>1,2,3</sup>

(1)Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2)Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (3)Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pelo *Treponema pallidum*. Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a doença é classificada em três estádios. A apresentação simultânea de lesões cutâneas de sífilis primária e secundária é pouco frequente, embora por vezes descrita na literatura, especialmente na população imunodeprimida, como é o caso dos doentes HIV.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, 50 anos, observado por úlcera do escroto com 2 meses de evolução. Foi previamente avaliado por urologia, e medicado com azitromicina e flucloxacilina, que ainda cumpria. Ao exame objetivo observou-se úlcera de consistência dura e bordos elevados, localizada na base do escroto, e adenomegalia homolateral. Foram colhidas serologias, e à data de avaliação de resultados o doente apresentava concomitantemente erupção cutânea maculopapular assintomática. O TPHA foi positivo, e o VDRL apresentava um título de 1/64. Foi feito o diagnóstico de sífilis com estádios primário e secundário simultâneos. O despiste de outras DSTs foi negativo, nomeadamente infeção HIV. O doente cumpriu tratamento com penicilina benzatínica 2.4 milhões de U.I. im, com resolução das lesões em 1 mês. Após 3 meses, o VDRL apresentava um título de 1/4, e a repetição das serologias HIV confirmaram-se negativas.

**Conclusão:** A importância deste caso assenta na apresentação simultânea de lesões de sífilis primária e secundária. Este fenómeno é pouco frequente, e está associado sobretudo a infeção HIV. Alguns autores consideram que se pode dever a um atraso no tempo de cicatrização do cancro primário, enquanto outros consideram que se deve a uma mais rápida disseminação da espiroqueta a nível sistémico, fatores facilitados num estado de imunossupressão. É importante nestes casos a realização de rastreios seriados do HIV, sendo que a sífilis facilita a transmissão desta infeção, e tendo sempre em conta que o doente se pode encontrar em período de janela.

## P18 - Nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear com psoríase

Alexandra Azevedo<sup>1</sup>, Susana Machado<sup>1,2</sup>, Manuela Selores<sup>1,2</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

**Caso clínico:** Criança do sexo masculino, 10 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, com múltiplas pápulas confluentes e placas eritematodescamativas de configuração linear ao longo de todo o membro inferior esquerdo com evolução desde o nascimento. As lesões eram assintomáticas, agravavam com exposição solar e não respondiam a corticoterapia tópica. A biópsia cutânea de uma das lesões demonstrou hiperqueratose ortoqueratótica, acantose e infiltrado linfóide na junção dermo-epidérmica. Dois meses depois surgiram placas eritematosas com escama branca espessa nos cotovelos bilateralmente. Os achados clínicos e histológicos sugerem o diagnóstico de nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear (NEVIL) com psoríase associada. Foi instituída terapêutica com dipropionato de betametasona/ácido salicílico pomada, com melhoria parcial das lesões.

**Conclusão:** O NEVIL é uma dermatose rara que se caracteriza por início precoce, predomínio no sexo feminino (4:1), envolvimento frequente do membro inferior esquerdo, prurido, aspetos psoriasiformes na histologia e refratoriedade às terapêuticas. A distinção entre NEVIL e psoríase linear é

por vezes difícil. Alguns autores defendem que estas duas entidades possam ser subdivididas em 4 grupos: (1) NEVIL com ou sem psoríase concomitante; (2) NEVIL sem psoríase concomitante; (3) psoríase linear com psoríase concomitante e (4) psoríase linear sem psoríase vulgar concomitante e sem história familiar de psoríase. O caso apresentado pode ser classificado no grupo (1) com resposta parcial ao tratamento antipsoriático.

## P19 - Acropustulose infantil – a propósito de um caso clínico

Sandra Ferreira, Machado S, Selores M

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

A acropustulose infantil (AI) é uma patologia vesicopustulosa benigna de etiologia desconhecida, tendo sido descrita pela primeira vez em 1979.

**Caso clínico:** Criança do sexo masculino, 4 anos, com história de vesículas e pústulas pruriginosas e recorrentes nas mãos, desde Fevereiro de 2016, medicado com amoxicilina e ácido clavulânico, corticoide oral e ácido fusídico creme. Antecedentes de escabiose em Janeiro de 2016 tratado com benzoato de benzilo. Observado na consulta de Dermatologia em Abril de 2016 com pústulas e vesículas recobertas por crostas acastanhadas localizadas nas palmas, bilateralmente. Realizou biópsia cutânea com resultado histológico compatível com acropustulose infantil. O exame bacteriológico do pús foi positivo para *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. As lesões melhoraram discretamente com eritromicina oral, corticoide tópico e antihistamínico oral, com recorrências frequentes. Iniciou tratamento com dapsona oral com resposta clínica favorável, encontrando-se há 6 meses sem agudizações.

**Conclusão:** A AI caracteriza-se por lesões vesicopustulosas recorrentes, pruriginosas, de localização palmoplantar típica, podendo, no entanto, atingir outras partes do corpo. As manifestações clínicas são limitadas à pele, surgindo mais frequentemente nas primeiras semanas ou meses de vida. Há casos descritos de AI na primeira infância, após uma infestação por escabiose – "acropustulose pós-escabiose". As recorrências geralmente surgem a cada 2-4 semanas, com duração de 5 a 10 dias. A resolução completa da AI ocorre normalmente ao fim de 2 anos de evolução. Vários tratamentos foram relatados com alguma controvérsia associada, destacando-se corticóides tópicos de média ou elevada potência, anti-histamínicos orais, eritromicina oral e dapsona oral, com resultados satisfatórios.

## P20 - Hiperplasia sebácea em adolescente tratado com ciclosporina por eczema atópico: relato de caso clínico

Inês Raposo<sup>1</sup>, A. Azevedo<sup>1</sup>, S. Foreid<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias, Porto; (3) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A hiperplasia sebácea representa uma proliferação benigna de glândulas sebáceas que se desenvolve geralmente como resultado de envelhecimento intrínseco, fotoenvelhecimento, ou predisposição genética. Pode também ocorrer como efeito adverso do uso de ciclosporina, sendo vários os casos descritos na literatura em doentes transplantados renais tratados com este fármaco.

**Caso Clínico:** Sexo masculino, 15 anos, antecedentes de dermatite atópica tratada com ciclosporina no último ano. Doente observado na consulta de dermatologia do Centro Hospitalar do Porto por clínica com 4 meses de evolução de espessamento cutâneo da face, tendo sido medicado com minociclina 100mg/dia, sem melhoria clínica. Ao exame objetivo apresentava múltiplas pápulas milimétricas eritematosas confluindo numa superfície mamilonada de consistência endurecida localizada à região frontal, dando origem a duas rugas oblíquas simétricas cuja persistência era independente da expressividade facial. As alterações cutâneas supracitadas causavam um enorme impacto na autoestima do adolescente. Foi realizada biópsia cutânea, com envio para exame anatomopatológico (HE), citometria, e microbiologia. Não foram encontradas outras alterações para além da presença de hiperplasia sebácea. Foi assumido o diagnóstico de hiperplasia sebácea iatrogénica devido ao uso de ciclosporina, com suspensão do

fármaco. Ao fim de 6 meses, por ausência de melhoria clínica, foi iniciada isotretinoína oral, verificando-se melhoria marcada das lesões cutâneas ao final de 12 meses de tratamento.

**Conclusão:** A ciclosporina é um fármaco imunossupressor que está associado a manifestações mucocutâneas secundárias, entre elas, hipertricose e hiperplasia gengival. Têm sido relatados também casos de hiperplasia sebácea secundária à ciclosporina, e o mecanismo do fármaco que parece explicar este efeito é a indução de hiperproliferação de sebócitos indiferenciados com o consequente aumento desregulado das glândulas sebáceas. A isotretinoína melhora a hiperplasia sebácea por um mecanismo indutor da apoptose dos sebócitos. Reportamos um caso clínico em que o tratamento com isotretinoína teve sucesso terapêutico neste contexto.

## P21 - Casos particulares na consulta de Dermatologia Pediátrica

**Adelina Costin, A. M. António, C. Furtado, E. Bárto**  
Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Os autores relatam 3 casos clínicos de dermatoses raras que ilustram a complexidade e os desafios clínicos numa consulta de Dermatologia Pediátrica.

**Caso clínico 1:** Adolescente de 16 anos referenciado a consulta por dermatose pruriginosa, bilateral e simétrica, polimorfa, caracterizada por pápulas eritematosas, vesículas e escoriações localizadas preferencialmente nas superfícies extensoras dos membros, dorso e nádegas, com cerca de 4 meses de evolução, ao longo dos quais realizou vários ciclos de antibioterapia e múltiplos ciclos de benzoato de benzilo e betametasona tópicos. Foi realizada uma primeira biópsia cutânea que mostrou estrutura de ovo de ácaro. Perante a persistência do quadro, após tratamento dirigido para escabiose, foram realizadas novas biópsias cutâneas para exame histológico e imunofluorescência directa com a hipótese diagnóstica de dermatite herpetiforme, com observação de depósitos finos e granulados de IgA nas papilas dérmicas. Laboratorialmente positividade para anticorpos anti-endomísio IgA e anti-transglutaminase IgA séricos e para haplotipo HLA-DQ2. Iniciou dieta sem glúten co-adjuvada por dapsona na dose de 50 mg/dia, com resposta favorável progressiva.

**Caso clínico 2:** Lactente de 4 semanas, previamente saudável, filha de pais não consanguíneos e com 1 irmão saudável, observada em consulta de Dermatologia Pediátrica por dermatose assintomática, unilateral, polimorfa, caracterizada por placas de eritema e vesico-bolhas de conteúdo amarelado com distribuição linear blaschkóide, do membro inferior esquerdo com 7 dias de evolução. A biópsia cutânea documentou disqueratose e espongiose de eosinófilos na epiderme; derme com alguns melanófagos e infiltrado rico em eosinófilos, aspectos característicos da Incontinência pigmenti. As avaliações oftalmológica e neuropediátrica foram normais, mantendo-se em seguimento. Encontra-se a aguardar consulta de Genética Médica.

**Caso clínico 3:** Rapaz de 7 anos, 4º filho de pais não consanguíneos, sem história familiar relevante, com o diagnóstico de síndrome Cardio-Facio-Cutâneo desde 1 ano de idade por síndrome polimalformativa, nomeadamente, dismorfismos crânio-faciais (linha de implantação do cabelo irregular, ausência de cílios e supracílios, hipertelorismo, região frontal proeminente), malformações do sistema cardiovascular (estenose valvular pulmonar com displasia, comunicação inter-auricular do tipo ostium secundum) e alterações do SNC (hipoplasia do cerebelo, variante Dandy-Walker; displasia cortical do tipo polimicrogria) com atraso no desenvolvimento psicomotor, confirmado por identificação de mutação no gene *BRAF*.

Enviado à consulta de Dermatologia por hiperhidrose palmoplantar.

Ao exame objectivo constata-se cabelos ondulados, finos e esparsos; uleritema ofrígenes, queratose pilar dos membros superiores; hiperqueratose difusa palmar e plantar, de coloração amarelada, respeitando os limites das regiões palmo-plantares; múltiplos nevos melanocíticos.

Foi medicado com creme de hidroxicloreto de alumínio a 20%, mantendo seguimento em consulta.

## P22 - Effectiveness of ADA in moderate to severe Psoriasis Patients with Comorbidities- Portuguese results

**Paulo Filipe<sup>1</sup>, S. Magina<sup>2</sup>, M. Apetato<sup>3</sup>, P. Ferreira<sup>4</sup>, E. Tavares<sup>5</sup>, A. Batista<sup>6</sup>, T. Torres<sup>7</sup>**

1-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa; 2-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de São João, Porto; 3-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital dos Capuchos, Lisboa; 4-Serviço de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; 5- Serviço de Dermatologia, Hospital Escala Vila Franca, Vila Franca de Xira; 6-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia; 7-Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Objective:** The objective of EPIC study was the assessment of Adalimumab's effectiveness, in routine clinical practice, for moderate to severe plaque psoriasis patients with distinct co-morbidities and its impact on the quality of life, over a 9-month period.

**Methods:** EPIC was a post-marketing observational study, conducted in a prospective, single-arm, multi-country (Austria, Greece, Israel and Portugal), multicenter format. Patients' demographics, clinical data, co-morbidities and concomitant medications, Psoriasis Area Severity Index (PASI), Dermatology Life Quality Index (DLQI) were collected over 5 patient visits. Adalimumab was prescribed according to its indication.

**Results:** In Portugal, 50 patients were enrolled (64.0% men and 36.0% women), with a duration of the disease, since diagnosis, between 17.5 to 39.8 years. On the first follow-up visit, an improvement of 75% in the PASI score in 53.7% of patients was observed. PASI 75 scores were also statistically significantly reduced at each subsequent follow-up visit when compared to the baseline (80.0%, 59.2% and 65.6%, respectively). By gender, women presented lower levels of PASI on baseline, however, men reached lower levels over time. The most prevalent co-morbidities found were hypertension (40.0%), psoriatic arthritis (40.0%), obesity (34.0%), dyslipidemia (32.0%) and diabetes (16.0%). The prevalence of hypertension (46.9% vs 27.8%), dyslipidemia (40.6% vs 16.7%) and diabetes (21.9% vs 5.6%) was higher in men. PASI 75 improvement for patients with most prevalent co-morbidities was observed from baseline to each follow-up visit. The average DLQI scores were statistically significantly reduced at each follow-up visit compared to baseline.

**Conclusions:** The results showed that treatment with Adalimumab significantly reduced the average PASI score when compared to baseline measurements, although the percentage of improvement was hindered in patients with associated co-morbidities. Adalimumab proved to be more effective through the average PASI scores reduced at each follow-up visit and improved quality of life scores in the study population.

**Disclosures:** AbbVie provided the design, study conduct, and financial support for the study. AbbVie and all authors participated in the interpretation of data, review, and approval of the publication. The authors declared no conflict of interest.

**Acknowledgements:** The authors wish to recognize Gabriela Marques Pinto for the contribution on study conduction at her site.

## P23 - Patient Beliefs Medication Treatment/Adherence to Systemic Therapies in Chronic IMIDs: ALIGN STUDY

**P. Ferreira<sup>1</sup>, P. Lago<sup>2</sup>, A. Barcelos<sup>3</sup>, T. Torres<sup>2</sup>, P. Moura Santos<sup>4</sup>, J. Canas da Silva<sup>5</sup>, L. Leite<sup>6</sup>, A. Vilar<sup>7</sup>, A. R. Cravo<sup>8</sup>, D. Bento<sup>8</sup>, C. Vaz<sup>8</sup>, F. Portela<sup>9</sup>**

1. Serviço de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; 2. Serviço de Gastroenterologia/Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; 3. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E, Aveiro; 4. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; 5. Consultório Dr. Pedro Canas da Silva, Lisboa; 6. Clínica Lazer de Belém, Lisboa; 7. Serviço de Reumatologia, Hospital dos Lusíadas, Lisboa; 8. Departamento Médico AbbVie, Amadora; 9. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra;

**Background/purpose:** Adherence to IMIDs treatment is essential to optimize treatment outcomes. To improve patient's adherence, is crucial to

understand the balance between patient's beliefs (need for medication) and side effect's concerns. Objective of ALIGN study was to describe beliefs and concerns of patients with chronic IMIDs, towards their systemic medication (TNFis and/or conventional treatment). We report results of ALIGN study for overall population and Portuguese subpopulation.

**Methods:** Cross-sectional, multi-country, non-interventional study, including adults with IMID: rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Crohn's disease, ulcerative colitis and psoriasis. Primary outcomes were assessed by "Beliefs Medication Questionnaire" (BMQ). Secondary outcomes were assessed by "Four-item Morisky Medication Adherence Scale" (MMAS-4).

**Results:** The overall population included a total of 7 197 patients from 33 countries. The Portuguese subpopulation included 138 patients.

Across all indications and treatment groups, lower mean scores were reported for "BMQ Specific Concerns" compared to "BMQ Specific Necessity" (overall population: 2.6-3.0 versus 3.5-4.2). Combining BMQ Specific Necessity and Concerns scores revealed that most patients were either "ambivalent" (high need and high concerns) or "accepting" (high need and low concern) towards their medication, both overall population (ambivalent: 37.1%-41.2%; accepting: 47.3%-55.5%) and Portuguese subpopulation (ambivalent: 34.4%-56.8%; accepting: 36.4%-63.8%).

Overall population, among highly adherent patients (MMAS-4 score =4), percentage of patients who were "accepting" towards their medication (regardless treatment), was significantly ( $p < 0.0001$ ) higher than percentage of those who were "ambivalent". The percentage of highly adherent patients was higher for patients treated with TNFis than for those treated with conventional treatment (overall population: 67.7%-73.1% versus 49.6%-53.6%; Portugal: 71.2%-71.9% versus 47.8%-54.8%).

**Conclusion:** The largest percentage of patients was either "accepting" or "ambivalent" towards their current medication for IMIDs. The high percentage of "ambivalent" patients suggests need for more effective interventions for addressing concerns regarding prescribed medication. High adherence to treatment was more prevalent in TNFis patients.

**Disclosures:** ARC, DB and CV are AbbVie employees and may hold stock and/or options.; F. Portela received a presenting fee from: AbbVie, Ferring, Lab. Vitoria, MSD and Vifor Pharma.; P. Ferreira, P. Lago, A. Barcelos, T. Torres, P. Moura Santos, J. Canas da Silva, L. Leite, A. Vilar declared no conflict of interests.; The design, Study conduct, and financial Support for the Study were provided by AbbVie.; AbbVie and all authors participated in the interpretation of data, review, and approval of the publication.

## P24 - Study of the burden of moderate/severe psoriasis in Portugal (EPI PSORIASIS PT)

Tiago Torres<sup>1</sup>, E. Tavares<sup>2</sup>, P. Andrade<sup>3</sup>, A. Ferreira<sup>4</sup>, A. Sousa Basto<sup>5</sup>, F. Menezes Brandão<sup>6</sup>, M. Henrique<sup>7</sup>, C. Brito<sup>8</sup>, E. Bartolo<sup>9</sup>, G. Marques Pinto<sup>10</sup>, P. Filipe<sup>11</sup>, R. Tavares Bello<sup>12</sup>, S. Magina<sup>13</sup>, P. Morais<sup>14</sup>, P. Varela<sup>15</sup>, P. Quirino<sup>16</sup>

1 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; 2 – Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém, EPE, Santarém; 3 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real; 4 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital dos Capuchos, Lisboa; 5 – Dermo-Cosmética de Braga, Lda., Braga; 6 – F. M. Brandão, Lda., Lisboa; 7 – Serviço de Dermatologia, Hospital de Leiria, Leiria; 8 – Centro Clínico Académico, Braga; 9 – Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada; 10 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa central, Hospital dos Capuchos, Lisboa; 11 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Maria, Lisboa; 12 – Dermoclínica – Clínica de Dermatologia, Lda. Lisboa; 13 – Serviço de Dermatologia, Hospital de São João, Porto; 14 – Serviço de Dermatologia, Hospital de São Teotónio, CHTV, Viseu; 15 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Hospital Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia; 16 – Clímel, Clínica Médica, Figueira da Foz

**Introduction:** Psoriasis is a prevalent chronic IM skin disorder that may have systemic comorbidities. Chronic plaque psoriasis – characterized by erythematous, thick, scaly plaques – most commonly encountered phenotype (up to 90% patients). Burden of disorder is major with considerable impact on quality of life.

**Objectives:** Characterization of burden of disease in adults with moderate/severe chronic plaque psoriasis, in Portugal.

**Methods:** Observational, cross-sectional multicenter study, based on questionnaires fulfilled and completed by psoriatic patients and 16 dermatologists.

**Results:** Total of 285 patients, aged 18 to 87 years old (mean=48) were included, 64.6% were men, 55.1% had family history of psoriasis, 64.7% were overweight/obese, 25.6% had smoking habits. Mean duration of psoriasis was 12 years, most frequently affected areas: legs, elbows; least: genitalia, groins, soles, face. Pruritus was a frequent complaint (73.9%). Comorbidities were highly prevalent with at least one in all patients at study entry. Most frequently found: dyslipidemia, arterial hypertension, arthritis, psychiatric disorders and diabetes mellitus. Upon inclusion, disease extent and severity widely varied, with mean values: 14.58% (BSA), 9.23 (PASI); concerning quality of life, mean DLQI score: 7.0. 88.1% of patients were under treatment: 67.7% with topical agents, 34.3% with biologics, 28.3% with conventional systemic agents, 14.3% in phototherapy. A quarter of patients switched medication after medical appointment, mostly to conventional systemic (40.0%) or biologic therapies (21.3%). Biologics were the most satisfying treatment to patients (mean=8.3; min:0;max:10).

**Conclusions:** Psoriasis is a serious chronic and debilitating disorder that imposes significant psychosocial burden. As a chronic IMSD, comorbidities are quite prevalent and should be taken into account. Patient-centered individual approach should integrate all aspects of the disorder, including those concerning skin and joint, other comorbidities and patient's psychosocial environment. Systemic based approaches, including conventional drugs, phototherapeutic modalities and biologic agents should be considered valid options in patients with moderate to severe disease.

**Keywords:** Psoriasis; EPI PSORIASIS; Moderate/Severe; Observational

**Acknowledgments:** Mitesh Mulchande is employee of AbbVie and has provided support to the study design. Ana Paula Garcez is employee of AbbVie and has provided support to the development of this publication.

**Disclosures:** The design, Study conduct, and financial Support for the Study were provided by AbbVie. AbbVie and all authors participated in the interpretation of data, review, and approval of the publication. Tiago Torres has participated in clinical trials sponsored by AbbVie, Amgen, and Novartis; and has received honoraria for acting as a consultant and/or as a speaker at events sponsored by AbbVie, Boehringer Ingelheim, Janssen-Cilag, Lilly, Leo-Pharma, Merck Sharp & Dohme, Novartis, and Pfizer. Ermelindo Tavares has nothing to disclose. Pedro Andrade has received honoraria for consultancy and/or speaker fees from Abbvie, Beiesdorf, Novartis, Pfizer, Janssen-Cilag. Ana Ferreira has nothing to disclose. Artur Sousa Basto has nothing to disclose. Francisco Menezes Brandão has nothing to disclose. Martinha Henrique has nothing to disclose. Paulo Leal Filipe has nothing to disclose. Rui Tavares Bello has been speaker, participated in advisory boards, observational studies/clinical research and/or has received honoraria from: Abbvie, Fujisawa, Janssen-Cilag, Leo-Pharma, UCB, Merck Sharp & Dohme, Galderma, Medinfa, Novartis, Pfizer. Celeste Brito has nothing to disclose. Elvira Bártolo has nothing to disclose. Ermelindo Tavares has nothing to disclose. Gabriela Marques Pinto has participated in clinical trials and post approval studies sponsored or funded by and has received consultancy or speaker's fees from Abbvie, Janssen-Cilag, Leo-Pharma, Lilly-Eli, Merck-Serono, Schering Plough, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Pfizer. Sofia Magina has participated in clinical trials sponsored by AbbVie, Amgen, and Novartis; and has received honoraria for acting as a consultant and/or as a speaker at events sponsored by AbbVie, Boehringer Ingelheim, Janssen-Cilag, Lilly, Leo-Pharma, Merck Sharp & Dohme, Novartis, and Pfizer. Paulo Morais has received honoraria for consultancy and/or speaker fees from LEO Pharma, Pfizer, Janssen-Cilag and Galderma. Paulo Varela has participated in clinical trials, received consultancy or speaker's fees and was supported in his medical education by (alphabetical order) Abbvie, Galderma, Isdin, Janssen-Cilag, Leo-Pharma, Lilly, Merck-Serono, Novartis, Pfizer and Schering Plough. Paula Quirino has nothing to disclose.

## P25 - Outcomes after 2 Years of Ixekizumab Treatment in patients with Psoriasis Focusing on Absolute PASI

P. Peñas, O. Goldblum, L. Berggren, N. Burkhardt, D. Jullien  
1Department of Dermatology, Westmead Hospital, Westmead, Australia;  
2Eli Lilly and Co., Indianapolis, USA; 3Department of Dermatology, Centre Hospitalier Universitaire Lyon, Lyon, France

Treatment comparisons are usually based on relative improvement from baseline on the Psoriasis Area and Severity Index (PASI). However, for long-term assessment of efficacy the achievement of a low absolute PASI may be more relevant.

Here we report 2 year PASI data of patients randomized to be treated with ixekizumab (IXE) according to the label treatment schedule (starting dose 160mg, then 80mg every 2 weeks up to incl. week 12, followed by 80mg every 4 weeks, Q2W/Q4W) in the UNCOVER 3 study (NCT01646177). Three methods for summarizing the data were used: 1) non responder imputation (NRI) assuming every patient that drops out is a non-responder; 2) last observation carried forward (LOCF) assuming dropouts will have the same efficacy for the remainder of the study; 3) observed cases (OC)

Only visits treated according to the IXE label were considered. Data from visits with an uptitrated Q2W long-term dosing were excluded (OC) and replaced using LOCF until the patient discontinued (NRI/LOCF).

Uptitration from IXE Q4W to Q2W for maintenance took place in 11 (3.5%) patients between w60 and w108. Of 385 patients, 305 had a non-missing PASI score at w108 while on the label dose.

At w108, relative PASI response with IXE on-label treatment was (NRI/LOCF/OC): PASI 75=76.4%/84.2%/94.1%, PASI 90=64.4%/70.1%/81.0%, PASI 100=46.0%/49.1%/58.0%. Absolute PASI data with IXE on-label treatment were (NRI/LOCF/OC): PASI≤5=76.1%/83.9%/93.8%, PASI≤3=70.9%/78.2%/88.5%, PASI≤2=66.2%/71.4%/83.0%, PASI≤1=58.2%/62.9%/73.1%.

In conclusion, a majority of patients treated with IXE according to its label maintained a low absolute PASI throughout 2 years of continuous treatment with IXE.

## P26 - Safety and tolerability of ixekizumab from 11 clinical trials in moderate-to-severe plaque psoriasis patients

R. Langley<sup>1</sup>, H. Nakagawa<sup>2</sup>, N. Agada<sup>3</sup>, W. Xu<sup>3</sup>, B. Pangallo<sup>3</sup>, K. Reich<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dalhousie University Faculty of Medicine, Halifax, Nova Scotia, Canada;

<sup>2</sup>Department of Dermatology, The Jikei University, School of Medicine,

Tokyo, Japan; <sup>3</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA;

<sup>4</sup>Dermatologikum Hamburg and SCIderm, Hamburg, Germany

**Objective:** To summarize integrated safety data from 12061.5 patient-years of ixekizumab exposure from 11 clinical trials in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, including three phase 3 pivotal clinical trials (UNCOVER-1, -2, and -3)

**Methods:** Exposure-adjusted incidence rate (IRs) of treatment-emergent adverse events (TEAEs) within 12-week time periods through 156 weeks of treatment were summarized. IR was expressed as number of patients with particular category of TEAE per 100 patient-years, during each 12-week period. An external adjudication committee adjudicated Major Adverse Cerebro-cardiovascular Events (MACE).

**Results:** All patients (N=5689) accounted for 12061.5 patient-years of ixekizumab exposure (median-maximum exposure: 883-2236 days). Of these, 3787, 3162 and 1659 patients were treated with ixekizumab for 1, 2 and 3 years, respectively. Overall TEAEs occurred with IR (95% CI) of 226.3 (218.1, 234.7) per 100 patient-years during Week 0-12, and decreased or remain similar in subsequent 12-week intervals, with IR of 119.4 (109.6, 130.1) in Week 144-156 (Table).

**Table:** Patient-experienced TEAEs (Week 0-12 and Week 144-156)

IRs (95% CI)	Infections	Injection Site Reactions	Allergic Reactions/Hypersensitivities	Malignancies
Week 0-12	101.6 (96.3, 107.3)	50.2 (46.5, 54.3)	14.2 (12.2, 16.4)	1.4 (0.9, 2.2)
Week 144-156	50.9 (44.7, 58.1)	5.5 (3.7, 8.2)	4.8 (3.1, 7.4)	1.4 (0.6, 3.0)

IR (95% CI) for AEs leading to treatment-discontinuation was 3.1 (2.8, 3.5) per 100 PY. The IR for SAEs was 5.6 (5.1, 6.0) per 100 PY. Twenty-three deaths were reported, none related to suicide. IRs for AEs of special interest were serious infections (1.2), oral candidiasis (0.9), MACE (0.5), non-melanoma skin cancer (NMSC, 0.3), malignancies excluding NMSC (0.5), inflammatory bowel disease including Crohn's disease (0.0) and ulcerative colitis (0.1).

**Conclusions:** Longer-term ixekizumab treatment among patients with moderate-to-severe plaque psoriasis did not show any new safety signals and was not associated with an increased rate of any type or category of TEAE.

## P27 - MAIC of Ixekizumab and Secukinumab using Etanercept and Ustekinumab Bridge Comparators

J. J. Wu<sup>1</sup>, D. Saure<sup>2</sup>, A. Schacht<sup>2</sup>, L. Mallbris<sup>2</sup>, S. Wilhelm<sup>2</sup>, M. Dossenbach<sup>2</sup>, A. Nast<sup>3</sup>, R. B. Warren<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kaiser Permanente Los Angeles Medical Center, Los Angeles, CA; <sup>2</sup>Eli Lilly and Co., Indianapolis, USA; <sup>3</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, DE;

<sup>4</sup>University of Manchester, UK

Ixekizumab (IXE) and secukinumab (SEC) are IL-17A antagonists approved in several markets for treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis. In the absence of head-to-head trials evaluating IXE vs SEC, indirect comparisons are the only way to evaluate comparative effectiveness. Using data from randomized, double-blind, and active-controlled phase 3 clinical trials of patients with psoriasis, we applied matching-adjusted indirect comparison (MAIC) methods to indirectly compare Wk 12 efficacy of recommended doses of IXE (160 mg at wk 0, then 80 mg every 2 wks [IXEQ2W]) and SEC (300 mg once per wk for 5 wks, then every 4 wks [SEC300]) via etanercept (UNCOVER-2, -3, and FIXTURE) and via ustekinumab (IXORA-S and CLEAR) bridge comparators. Psoriasis Area and Severity Index (PASI) results were assessed using the Bucher method (BU) and two versions (original and modified) of the Signorovitch method (SG) (weighting on age, gender, and baseline PASI, in addition to duration of psoriasis [etanercept bridge], or weight [ustekinumab bridge]). The two indirect comparisons were pooled using random effects meta-analyses. IXEQ2W-treated patients had comparable PASI 75 response rates to SEC300-treated patients with all analysis approaches. PASI 90 (≥90% improvement from baseline PASI) rates for IXEQ2W were 14% (95% confidence interval: 6%-21%, p=0.0002), 13% (5%-20%, p=0.0009), and 12% (5%-20%, p=0.0018) higher vs SEC300 using the three analysis approaches (BU, SG original, and SG modified methods, respectively). PASI 100 rates were also higher for IXEQ2W vs SEC300 with response differences of 13% (7%-18%, p<0.0001), 13% (6%-20%, p=0.0002), and 13% (7%-19%, p<0.0001) for the three approaches. In conclusion, both PASI 90 and PASI 100 response rates were significantly higher for IXE vs SEC (12%-14%) across multiple analyses methods.

## P28 - Narrowband UVB-induced lupus tumidus

Rita Pimenta<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; (2)

Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de

Dermatologia de Lisboa; (3) Universidade de Lisboa, Faculdade de

Medicina, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Introduction:** Lupus tumidus is a rare subtype of chronic cutaneous lupus erythematosus, characterized by erythematous, edematous, non-scarring plaques in sun-exposed areas. Although ultraviolet radiation is a well-known exacerbating factor for lupus tumidus, new onset cases following narrowband ultraviolet B (NBUBV) therapy have been rarely reported.

**Case report:** A 53-year-old Caucasian woman, Fitzpatrick phototype III, with a history of psoriasis vulgaris since the age of 26 was referred to our dermatology department. Her further past medical history was unremarkable. Physical examination revealed erythematous squamous plaques on the lower back, intergluteal fold, elbows, and knees (PASI=5,7). NBUBV phototherapy was started. After undergoing nine sessions of NBUBV phototherapy, the patient developed nonpruritic erythematous and edematous papules and plaques diffusely scattered over her chest and upper aspect of her back. Phototherapy was stopped and our patient was re-evaluated. Neither fever nor arthralgias were present. Laboratory analyses and immunological study including antinuclear antibodies, antineutrophil cytoplasmic antibody and complement level were negative or normal. Histological examination revealed a superficial and deep perivascular and periadnexial dense infiltrate of lymphocytes consistent with lupus tumidus. The epidermis was spared. Treatment with topical corticosteroids was started with improvement of the lesions.

**Conclusion:** Psoriasis and lupus erythematosus are immune-mediated diseases that rarely coexist. Phototherapy, which is a prime therapeutic option in psoriasis, is also one of the factors that may exacerbate lupus erythematosus. However, lupus tumidus induced by NBUBV is uncommon.

In our patient, the temporal relationship between NBUVB therapy and the development of the lesions, along with the remission after phototherapy discontinuation, led us to the diagnosis of lupus tumidus induced by NBUVB.

## P29 - Successful treatment with fusidic acid in a patient with folliculitis decalvans

Rita Pimenta<sup>1</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,2,3</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; (2) Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa; (3) Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa

**Introduction:** Folliculitis decalvans (FD) is a rare form of primary neutrophilic cicatricial alopecia. Management of this alopecia is difficult and its course is typically chronic and relapsing. Although topical fusidic acid is widely used as adjuvant treatment, there is few data regarding its oral use.

**Case report:** Our patient was a 41-year old Cape Verdean female with a two month history of alopecia with painful, purulent discharge at the vertex of the scalp. The patient was diagnosed with human immunodeficiency virus type 1 infection 5 years prior and was stable on her antiretroviral regimen, with undetectable viral load. She denied application of topical or capillary products. Dermatological examination revealed a patch of cicatricial alopecia with crusts and follicular pustules. Direct microscopic examination and mycological culture showed no fungal element. A diagnosis of FD was made and the patient was started on oral fusidic acid at a dose of 500 mg tid. Betamethasone dipropionate 0.05% and salicylic acid 3% lotion, and azelaic acid 5% lotion were also applied to the affected area once daily. After two months of treatment, the patient showed clinical improvement, with less erythema and suppuration of the affected scalp. A partial hair regrowth was noted, mainly at the periphery. The patient maintained then only topical therapy and no recurrences were observed after 6-month of follow-up.

**Conclusion:** The clinical efficacy of fusidic acid in the treatment of FD has been reported before. Oral antibiotics are frequently used to treat FD. Tetracyclines and the combination of clindamycin with rifampicin are the most used. However, the disease usually progresses when treatment is stopped. Fusidic acid is an anti-staphylococcal drug, with few adverse effects. Since clinical series or cases, like ours, have shown good results, this drug should not be forgotten in the treatment options of FD.

## P30 - Doença de Morbihan: a propósito de um caso clínico

Francisco Gil, A. Monteiro, M. Rato, J. Aranha

Serviço de Dermatologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém

**Introdução:** A doença de Morbihan (DM) é uma entidade rara, afectando sobretudo caucasianos. Caracteriza-se por eritema e edema sólido persistentes da porção superior da face, sobretudo nas regiões periorbitária, frontal e geniana, glabella e nariz, sem tendência a remissão espontânea.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 57 anos, recorre por eritema e edema persistentes, de intensidade variável, da pálpebra inferior e porção superior da região geniana, bilaterais, mais marcados à direita, sem sintomatologia associada, com cerca de um mês de evolução. Referia um hipertiroidismo compensado e não fazia qualquer outra medicação. Analiticamente sem alterações relevantes. Procedeu-se a biópsia cutânea incisional e o exame histopatológico revelou edema marcado da derme superficial, ectasias vasculares e infiltrado ligeiro intersticial, com número elevado de mastócitos e ocasionais células angulosas multinucleadas, compatível com doença de Morbihan. A coloração azul de alcian-PAS não revelou depósitos de mucina ou espessamento da membrana basal da epiderme. A doente iniciou isotretinoína 10mg/dia, revelando uma significativa melhoria clínica, com edema residual ligeiro das pálpebras inferiores, sem efeitos adversos.

**Conclusão:** De patogénese desconhecida, a DM é considerada por alguns autores como uma variante clínica ou complicação da rosácea, em relação com a vasodilatação e inflamação, embora a hipótese de alterações da drenagem linfática também seja defendida. O diagnóstico diferencial inclui diversas entidades inflamatórias, infecciosas e neoplásicas e múltiplos agentes farmacológicos podem induzir manifestações clínicas semelhantes.

Na ausência de marcadores laboratoriais ou histológicos específicos, o diagnóstico reside na combinação da clínica com um exame histopatológico sugestivo, incluindo edema perivascular da derme, infiltrado linfocitocitário, numerosos mastócitos e ectasias linfáticas. Frequentemente refractária à terapêutica com antibióticos de largo espectro e terapêuticas anti-inflamatórias sistémicas, a isotretinoína, nas diversas posologias propostas, aparenta ser uma alternativa promissora, sendo considerada primeira linha por alguns autores.

## P31 - Isotretinoína, Factor V de Leiden e Trombose Venosa Profunda

Alexandre Miroux-Catarino, C. Claro

Serviço de Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa

**Introdução:** A isotretinoína oral é uma terapêutica eficaz no tratamento do acne vulgar, sendo o tratamento de primeira linha no acne papulo-pustuloso grave e no acne nodular. Apesar da elevada eficácia está associada a vários efeitos adversos.

**Métodos/Resultados:** Trazemos o caso de um doente do sexo masculino com acne nódulo-quístico da face e dorso sem resposta ao tratamento com antibioterapia oral e terapêutica tópica. Vem à consulta pela primeira vez com 15 anos de idade e referia a presença do factor V de Leiden como único antecedente pessoal relevante. Medicou-se com isotretinoína oral (0.35 mg/Kg/dia) com boa eficácia. Aos 19 anos, por novo agravamento do acne, decidiu-se reintroduzir a isotretinoína oral, e após 5 meses teve uma trombose venosa profunda (TVP). Após esta intercorrência a mãe referiu a existência de outro episódio de TVP no primeiro curso de tratamento que não foi reportado e um acidente vascular cerebral aos 10 dias de vida. As avaliações analíticas realizadas encontravam-se sempre dentro de valores normais.

**Discussão:** Têm sido descritos vários casos de eventos trombóticos em indivíduos medicados com isotretinoína. Neste caso há uma clara associação temporal entre a toma de isotretinoína e os fenómenos trombóticos. No entanto, apesar dos casos esporádicos reportados, um estudo que incluiu mais de trinta mil indivíduos não demonstrou associação estatisticamente significativa entre isotretinoína e eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e tromboembólicos. Os mecanismos fisiopatológicos são desconhecidos, e paradoxalmente, alguns estudos apontam para um possível efeito antitrombótico protetor da isotretinoína. Apesar da associação e mecanismos fisiopatológicos estarem ainda por provar, o risco potencial de eventos trombóticos em indivíduos jovens sob isotretinoína não deve ser esquecido, sobretudo se houver alterações de base da coagulação ou antecedentes pessoais de eventos trombóticos.

## P32 - Lupus Miliaris Disseminatus Faciei – uma variante rara de rosácea granulomatosa

Mariana Batista, Francisca Morgado, Luís Santiago, JC

Cardoso, Américo Figueiredo

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Inicialmente enquadrado no espectro das tuberculides pelos seus achados histológicos, o *Lupus Miliaris Disseminatus Faciei*, foi posteriormente considerado uma entidade clínica distinta dado a inexistência de relação da mesma com o *Mycobacterium tuberculosis*. É também referido na literatura como acne agminada e Skowron *et al* sugeriram em 2000 a designação de *facial idiopathic granulomas with regressive evolution* (FIGURE) permanecendo, no entanto, desconhecida a etiologia e patogénese desta dermatose que afeta predominantemente o adulto jovem. Caracteristicamente manifesta-se como pápulas de tonalidade eritemato-amarelada e/ou amarelo-acastanhada localizadas preferencialmente na região central da face com predomínio palpebral.

Observámos um adolescente de 13 anos por múltiplas pápulas brilhantes eritemato-amareladas com 3 meses de evolução. As lesões, localizadas às regiões malar, nasogeniana e palpebral bilateralmente, algumas isoladas e outras confluindo em placas, eram assintomáticas. O doente não apresentava antecedentes pessoais de relevo e o exame objetivo não revelou qualquer outra alteração.

A biópsia cutânea revelou um infiltrado inflamatório localizado na derme superficial e média constituído predominantemente por granulomas tuberculoideos perifoliculares, alguns dos quais com necrose central.

Mediante os achados histológicos compatíveis com o diagnóstico de *Lupus miliaris disseminatus faciei*, foi iniciado tratamento com minociclina 100 mg id e metronidazol 10 mg/g id.

Apesar de se tratar de uma dermatose inflamatória que tipicamente apresenta resolução espontânea no decurso de 1 a 3 anos, estão descritas várias abordagens terapêuticas que podem favorecer a sua resolução mais rápida nomeadamente: corticoterapia oral, dapsona, isotretinoína, entre outras. Uma vez que recorrências não estão descritas e sendo a única complicação possível a ocorrência de lesões cicatríciais é importante ponderar-se cuidadosamente a relação risco-benefício da implementação de medidas terapêuticas prevenindo a eventual iatrogenia numa doença *per se* autolimitada.

O presente caso com lesões clinicamente características de *Lupus miliaris disseminatus faciei* recorda-nos da possibilidade de ocorrência desta dermatose numa faixa etária mais jovem.

### **P33 - A utilização do Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne - ICA, na população portuguesa**

**Catarina Rebelo-Neves<sup>1</sup>, Clarisse Rebelo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Doutorada em Ciências da vida, especialidade de Saúde Pública;

<sup>2</sup>Dermatologista, Sócia da SPDV

A Acne é uma doença quase universal que atinge adolescentes e jovens adultos e que tem consequências sociais e psicológicas.

Várias investigações com amostras de diversos países mostraram que a maior parte dos indivíduos acredita que a Acne é influenciada fundamentalmente por três fatores: a dieta (especialmente o chocolate), o stresse e a falta de higiene.

O presente estudo procurou aferir as crenças sobre a Acne na sociedade portuguesa e baseou-se numa amostra de 367 indivíduos, 195 dos quais sem Acne e 172 com Acne, tendo-se utilizado o Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre Acne - ICA, desenhado para a realidade portuguesa e validado por 95 peritos.

Os indivíduos que compõem a amostra parecem estar bem informados sobre a Acne, revelando um conhecimento objetivo sobre o assunto, evidenciando crenças muito próximas da realidade e de acordo com a validação feita pelos especialistas. O ICA avaliou ainda os comportamentos e a atitude da amostra face ao tratamento da Acne, mostrando ser um instrumento útil para caracterizar a amostra face à Acne.

Palavras-chave: Acne; Inventário; Crenças; Comportamentos; Tratamento.

### **P34 - Componentes dos tópicos anti-hemorroidários como causa de Síndrome de Baboon**

**Eugénia Matos Pires<sup>1</sup>, D. Pina Trincão<sup>2</sup>, S. Brás<sup>1</sup>, L. Lobo<sup>1</sup>**

(1) Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa; (2) Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

Os autores descrevem o caso de um doente de 56 anos de idade, sexo masculino, com história prévia de patologia hemorroidária com vários anos de evolução, para a qual mantivera aplicação periódica de múltiplos tópicos anti-hemorroidários. Foi observado por dermatose bilateral e grosseiramente simétrica, envolvendo a região glútea, tronco, pregas inguinais e axilares, que se desenvolveu 2 dias após aplicação de Hemofissural® (tetracaina 1%) pomada, na área perianal para doença hemorroidária. 2 semanas antes o doente referiu aplicação de Faktu® (cinchocaina 1%). O exame objetivo revelou a presença de placa eritematosa infiltrada na região glútea e erupção papular eritematosa nas grandes pregas. No tronco destacava-se a presença de placas eritematosas exsudativas. Foi instituído tratamento com corticoterapia (sistémica e tópica), bem como evicção da aplicação de pomadas anti-hemorroidárias, com resolução da dermatose em uma semana. Os resultados das provas

epicutâneas (série standard do GPEDC, série de anestésicos locais e pomadas Hemofissural® e Faktu®) confirmaram o diagnóstico de Síndrome de Baboon aos componentes dos tópicos anti-hemorroidários (tetracaina e cinchocaina). O Síndrome de Baboon (associado a alergénios de contacto com sensibilização cutânea prévia) e o SDRIFE – Symmetrical drug related intertriginous and flexural exanthema- (associado a fármacos sistémicos) caracterizam-se clinicamente por erupção generalizada com eritema difuso da região glútea e grandes pregas cutâneas. São formas raras, mas bem reconhecidas de dermite de contacto sistémica alérgica, sobretudo associados a metais e fármacos sistémicos (antibióticos). Os casos descritos em contexto de aplicação tópica de anestésicos locais são raros, sendo predominantemente associados à cinchocaina. No presente caso, considerando a relação temporal entre a aplicação do Hemofissural® e o desenvolvimento da dermatose, admitiu-se Síndrome de Baboon mais provavelmente induzido pela tetracaina. Do nosso conhecimento este será o segundo caso descrito na literatura.

### **P35 - Granuloma de contacto alérgico do tipo sarcóide causado por brincos**

**Adeilna Costin, A. M. António, C. Furtado, P. Serrano, E. Bártolo**

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

O granuloma de contacto alérgico do tipo sarcóide cutâneo é uma entidade rara. Descrevemos o caso de uma doente de 50 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, observada em consulta de Dermatologia por nódulo rosado, cupuliforme, de consistência firme, superfície lisa, assintomático, com cerca de 2 anos de evolução, localizado na face posterior do lóbulo da orelha. Foi realizada biópsia cutânea que documentou derme preenchida por granulomas de células epitelióides com raras células gigantes e envolvidas em infiltrado linfocitário com raros eosinófilos, não se observando corpo estranho. A investigação complementar imagiológica e laboratorial, incluindo ECA, calcémia sérica e urinária, permitiram excluir sarcoidose. Foram realizados testes epicutâneos utilizando a série básica e metais, com positividade para paládio (+++). A doente recusou tratamento devido à lesão ser assintomática.

Relatamos este caso por ser uma entidade rara mas importante na medida em que obriga a exclusão de sarcoidose sistémica. Salienta-se ainda o facto de integrar o diagnóstico diferencial de nódulos nesta localização.

### **P36 - Acroqueratoderma aquagénica**

**Sandra Ferreira, Raposo I, Fernandes I, Selores M**

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

A acroqueratoderma aquagénica é uma patologia rara que atinge as palmas e mais raramente as plantas, sendo desencadeada após breve exposição à água. Caracteriza-se pelo aparecimento de pápulas da cor da pele ou esbranquiçadas, de caráter transitório, podendo estar associadas a sensação de ardência, dor, prurido e/ou hiperhidrose.

Relatamos o caso de uma mulher de 23 anos, de raça caucasiana, saudável, com história de aparecimento de lesões cutâneas esbranquiçadas e prurido ligeiro em ambas as palmas após o contacto com água. A imersão em água quente desencadeava os sintomas mais rapidamente, e a dermatose regredia espontaneamente após a secagem das mãos. Negava outros sintomas gerais, antecedentes familiares relevantes assim como hábitos farmacológicos.

Ao exame objetivo observavam-se múltiplas pápulas esbranquiçadas edematosas em ambas as palmas, após contacto com água durante alguns minutos. A doente foi medicada com solução cutânea de cloreto de alumínio a 20%, com algum benefício clínico, tendo sido também encaminhada para consulta de Medicina Interna para despiste de fibrose quística.

A acroqueratoderma aquagénica é uma patologia cutânea rara, que ocorre predominantemente em jovens do sexo feminino. Tipicamente, as lesões cutâneas surgem após breve contacto com água quente ou fria e regredem pouco tempo depois. Pode ser idiopática, no entanto, em mais de metade dos casos pode estar associada a fibrose quística. Outras associações incluem anti-inflamatórios não esteroides inibidores da ciclo-oxigenase-2, atopia, hiperhidrose palmo-plantar, obesidade, entre outros. Embora tenham sido

descritos casos de remissão espontânea, na maioria dos pacientes, a acroqueratoderma aquagénica tende a persistir e causar desconforto físico e psicológico significativo.

Encontram-se descritas várias abordagens terapêuticas com resultados variáveis, incluindo formulações contendo alumínio ou ácido salicílico, anti-histamínicos, injeções de toxina botulínica e iontoforese.

### P37 - Placa reticulada do dorso: caso clínico

Inês Raposo<sup>1</sup>, F. Mota<sup>1</sup>, I. Lobo<sup>1</sup>, S. Foreid<sup>2</sup>, M. Selores<sup>1,3,4</sup>

(1) Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto; (2) Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Macedo Dias, Porto; (3) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; (4) Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

**Introdução:** A mucinose reticular eritematosa (REM) é uma dermatose rara, classificada no grupo das mucinoses cutâneas primárias, e descrita pela primeira vez em 1974. Afeta predominantemente mulheres em idade adulta, e caracteriza-se pela presença de placas eritematosas reticuladas distribuídas na região torácica ou dorsal superior. Histologicamente, verifica-se acumulação de mucina intersticial e infiltrado mononuclear perivasculoso da derme, sem marcação na imunofluorescência. O estudo imunológico é tipicamente negativo.

**Caso Clínico:** Sexo masculino, 45 anos de idade, sem antecedentes médicos. Doente que foi observado na consulta de dermatologia do Centro Hospitalar do Porto por lesão cutânea dorsal assintomática, que apresentava crescimento lento progressivo ao longo de 4 anos de evolução. O doente havia sido previamente tratado com antifúngicos tópicos e sistémicos, assim como com corticoterapia tópica, sem melhoria. Ao exame objetivo verificou-se a presença de máculas e pápulas eritematosas coalescendo numa placa reticulada oval (9x5cm) localizada à região interescapular. O estudo imunológico (ANAs, dsDNA), bioquímico (hepático, renal, tireoideu) e imagiológico (ecografia abdominal, raio-X tórax) foi normal. A biópsia cutânea detetou um infiltrado linfocítico perifolicular e perivasculoso superficial, e deposição de mucina a nível da derme. Foi estabelecido um diagnóstico de Mucinose Reticular Eritematosa, e introduzida hidroxiquina na dose de 400mg/dia, com resolução completa da lesão após 3 meses de tratamento.

**Conclusão:** A etiologia da REM é desconhecida, no entanto parece haver algum papel da radiação ultravioleta na sua indução. Há relatos esporádicos de associação de REM com doenças auto-imunes da tireoide e neoplasias. A hidroxiquina tem sido relatada na literatura como o tratamento mais eficaz, sendo hoje em dia considerado o fármaco de primeira linha. Devido às suas características histológicas, que dificultam a diferenciação com esta entidade, e pelo facto de não se associar a alterações imunológicas, o REM é considerado por alguns autores como pertencendo ao espectro do lúpus tímido.

### P38 - Imunoglobulinas no penfigóide gestacional: um caso clínico

Filipa Almeida<sup>1</sup>, R. Santos<sup>1</sup>, R. Sarabando<sup>2</sup>, J. Pardal<sup>3</sup>, M. Duarte<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

(1) Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Braga, Braga; (2) Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Braga, Braga; (3) Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga, Braga

Penfigóide gestacional (PG), anteriormente designado herpes gestationis, é uma doença bolhosa auto-imune, específica da gravidez, que pode ocorrer a partir do segundo trimestre ou no pós-parto.

Descreve-se o caso de uma doente, de 29 anos, com diabetes gestacional e hipotireoidismo diagnosticados no primeiro trimestre de gravidez. Na 32ª semana de gestação surgem placas urticariformes na região peri-umbilical, com progressão para o abdómen e membros, associadas a prurido intenso. Dado o agravamento da dermatose após o parto, foi referenciada à consulta de Dermatologia. O exame físico revelou placas eritemato-edematosas, de configuração anular, algumas das quais centradas por vesículas e bolhas tensas, dispersas pelo tronco e membros. Foi feito o diagnóstico clínico de PG, confirmado pelo exame histopatológico e imunofluorescência direta. Optou-se por iniciar terapêutica com prednisolona oral 50mg/dia e

corticosteróides tópicos. Após uma semana, por generalização da erupção, agravamento do prurido e antecedentes de diabetes gestacional, iniciou-se tratamento com imunoglobulina endovenosa (IgEV), 25g/dia, em 5 dias consecutivos, com melhoria gradual. Mantiveram-se os ciclos de IgEV a cada 4 semanas e foi feito desmame gradual da corticoterapia oral, com remissão da doença.

O PG é uma doença rara e o seu tratamento constitui um desafio. A corticoterapia é a terapia de eleição, mas quando a doença persiste, as opções terapêuticas são limitadas. Apesar do uso de fármacos imunossuppressores e plasmáfereze já ter sido descrito, existem efeitos laterais potencialmente prejudiciais para a mãe e para o bebé. Na literatura são escassos os casos de PG refratários à terapia convencional, tratados eficazmente com IgEV, realçando a relevância do nosso caso.