

23º

Congresso Nacional de Dermatologia e Venereologia

8, 9 e 10 de novembro de 2024

Hotel Hilton Porto Gaia, Vila Nova de Gaia



Organização:



SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
DERMATOLOGIA E
VENEREOLOGIA



Índice

Mensagem do presidente	2
Breve história da SPDV	3
Biografia dos convidados	4
Programa científico.....	7
6ª feira, dia 8 de novembro de 2024.....	7
Sábado, dia 9 de novembro de 2024.....	14
Domingo, dia 10 de novembro de 2024	21
Posteres - distribuição temática.....	23
Simpósios satélite	27
Resumos das palestras.....	30
Informações gerais.....	32
Planta da exposição técnica	35
Agradecimentos.....	36
SUPLEMENTO-Resumos dos Trabalhos submetidos.....	37

Comissão Organizadora:

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

Comissão Científica:

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

Direção SPDV:

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

Editor

SPDV

<https://www.spdv.pt>

Para mais informações

[https://www.spdv.pt/ 23o congresso nacional de dermatologia e venereologia](https://www.spdv.pt/23ocongressonacionaldermatologiaeVenereologia)



Mensagem do presidente

Caros colegas,



O 23º Congresso Nacional de Dermatologia e Venereologia 2024 irá decorrer de 8 a 10 de novembro no hotel Hilton em Vila Nova de Gaia. O cartaz escolhido tem como fundo uma aguarela do rio Douro, onde se vê a ponte D. Luís I que liga esta cidade ao Porto. Do lado de cá, ou de lá, como lhe queiram chamar está a Serra do Pilar e o cais de Gaia, famoso pelas caves do vinho do Porto, conhecido e apreciado em todo o mundo. Este simbolismo da ponte (que une margens) e do vinho (com que se brinda à vida e à felicidade) é uma boa imagem para o congresso numa sociedade científica com uma longa história na medicina portuguesa, mas que já tem pegada global.

Como é tradição teremos comunicações e casos clínicos de livre submissão, que tão bem traduzem a excelência dos internatos médicos praticados no nosso país. Haverá também temas pertinentes da atualidade tanto gerais como estritamente dermatológicos para os quais convidámos oradores externos à SPDV, numa abertura de pontos de vista que nos enriquece. Para tal contaremos com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos que abordará o tema da «sustentabilidade na medicina». É uma presença que honra a SPDV e que desde já agradeço publicamente. Outro tema importante, «o futuro da dermatologia», terá como palestrante o nosso colega espanhol J. Conejo-Mir, excelente orador e dermatologista com conhecimento do passado e visão do futuro. O programa científico conta com dois simpósios temáticos organizados por grupos de estudo da SPDV: grupo de psoríase e grupo de cirurgia dermatológica. Teremos como novidade o *Workshop*: «Derma IA - Ferramentas Práticas para a Medicina Moderna». Terá a duração de 2 horas e meia (vai decorrer em paralelo com outras sessões do congresso). O formador é o Professor Rogério Canhoto, engenheiro electrotécnico, no ramo de Sistemas e Computadores (patrocínio da Lilly). Contaremos também com vários simpósios satélites, organizados pelas firmas que são a vanguarda das novidades terapêuticas que chegam continuamente ao mercado farmacêutico e à prática médica. A dermatologia está cada vez mais munida de tratamentos dirigidos que atuam em alvos específicos. Isto representa um progresso significativo para a especialidade e o bem-estar dos doentes. Haverá igualmente momentos de partilha de experiência clínica com dermatologistas espanhóis na sessão conjunta SPDV/AEDV a que chamámos simpósio hispano-português. Finalizaremos com uma conferência sobre o «estado da arte» em temas diversificados como linfomas cutâneos, toxidemias e diagnóstico molecular dos fungos.

Durante o congresso serão divulgados os vencedores do 2º concurso de fotografia dermatológica (clínica, dermatoscópica e histológica).

O programa social contará com um jantar de abertura no Mosteiro de São Bento da Vitória no Porto (incluindo visita guiada ao edifício) e terminará com o jantar de encerramento nas caves Ferreirinha, precedido de visita guiada às caves. Seguir-se-á uma festa convívio animada pelo nosso colega João Sousa no papel de DJ (imperdível!).

Estão todos convidados para o que desejamos seja uma oportunidade para aprender, conviver, estreitar laços e claro, (re)apreciar as belíssimas cidades do Douro. Como (bem) canta o Rui Veloso, «quem vem e atravessa o rio junto à serra do Pilar, vê um velho casario que se estende até ao mar»...). É lá que temos encontro marcado. A SPDV é o nosso «Porto sentido». Contamos convosco em novembro para um brinde ao sucesso.

Um abraço,

Paulo Filipe, Presidente da SPDV



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

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

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

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

(Bernardo de Chartres, séc. XII)

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



BIOGRAFIA DOS PALESTRANTES CONVIDADOS

CARLOS JOSÉ FARIA DIOGO CORTES

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Nascido em 5 de janeiro de 1970, Carlos Cortes, vive em Coimbra desde o início dos seus estudos superiores. Concluiu a sua licenciatura em Medicina em 1999, tendo completado a sua especialização em Patologia Clínica em 2006 após ter cumprido com o serviço militar em Vendas Novas e nos Açores. Desde então, tem exercido a sua atividade profissional no Serviço Nacional de Saúde como Médico Patologista Clínico. Tem a subespecialidade em Microbiologia Médica desde 2020. Detém também a Competência de Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos, desde 2020, a Pós-graduação em Gestão e Direção em Saúde e a Pós-Graduação de Ética em Saúde pela Universidade de Coimbra. Tem uma vasta atividade profissional que iniciou nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Fez o seu Internato Complementar (formação especializada) em Patologia Clínica no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE. Pertenceu a diversas Comissões e teve responsabilidades em áreas como a Qualidade, Controlo de Infecção, Gestão de Risco, Gestão de Risco Clínico, Responsável da Formação, Ensaios Clínicos, entre outros. Em 2011 iniciou a sua atividade no Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE (Hospitais de Abrantes, Tomar e Torres Novas), como Diretor do Serviço de Patologia Clínica e Diretor do Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Para além da sua atividade clínica, foi Assessor da Direção Clínica e Responsável pela Reorganização e Centralização do Serviço de Patologia Clínica desta Instituição. Foi o Responsável pela implementação do Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço que culminou com a certificação do mesmo pela NP EN ISO 9001:2008, tendo mantido a certificação anualmente e, atualmente pela NP EN ISO 9001:2015. Foi Coordenador do Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos e Monitor da Prescrição Médica. Em 2015, liderou o processo que levou a atribuição da Idoneidade Formativa em Patologia Clínica do seu serviço pela Ordem dos Médicos. Foi responsável pela elaboração do Manual de Boas Práticas Laboratoriais aprovado pela Ordem dos Médicos e Membro da Comissão Ministerial para a revisão da Portaria de Licenciamento dos laboratórios clínicos. Em 2020, após concurso público, tornou-se Assistente Graduado Sénior. Em 2020, transformou o Serviço de Patologia Clínica do CHMT num dos Serviços do SNS com maior capacidade laboratorial, a nível nacional, para a testagem em massa para SARS-CoV-2. Foi nomeado para a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Plano de Expansão da Capacidade Laboratorial Nacional para diagnóstico de SARS-CoV-2. Ao longo da sua carreira profissional tem integrado diversos júris de concurso de final da formação especializada do Internato Médico em Patologia Clínica, bem como de consultor na mesma especialidade. Ministrou diversas ações de formação no âmbito da prática laboratorial bem como do Controlo de Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos. Desenvolveu extensa atividade científica, nacional e internacional, que integra apresentações orais, artigos, pósteres e participação em ensaios clínicos, na sua área de especialidade: a Patologia Clínica, a Microbiologia Médica e a Gestão em Saúde.



BIOGRAFIA DOS PALESTRANTES CONVIDADOS

JOÃO FERREIRA

O Doutor Ferreira obteve os graus de Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina de Lisboa (1987), Portugal, e frequentou os internatos de Medicina Interna e Dermatologia em hospitais da área de Lisboa. No seu doutoramento, trabalhou sob a orientação dos Professores Maria Carmo-Fonseca (Faculdade de Medicina de Lisboa/FMUL) e Angus Lamond (European Molecular Biology Laboratory/EMBL, Heidelberg). Participou no ensino pré-graduado de Histologia e Embriologia, Biologia Molecular e Celular e Oncobiologia na FMUL. Coordenou e colaborou em programas de graduação e pós-graduação destinados à formação científica de estudantes de medicina e médicos e foi membro de Conselhos e Comissões Pedagógicas e Científicas da FMUL. Os seus interesses de investigação têm-se centrado na organização do genoma no núcleo celular, na biologia das topoisomerasas e no ciclo celular. Como investigador principal no Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes (iMM), Lisboa, investiga atualmente o papel do microambiente em doenças hiperproliferativas da pele, nomeadamente psoríase e carcinomas cutâneos; tem também mantido um interesse em microbiologia, nomeadamente microorganismos envolvidos em doenças da pele. É autor e coautor de 60 artigos na literatura internacional com revisão por pares, nomeadamente Journal of Cell Biology, EMBO Journal, Nature Cell Biology, Cancer Research, Journal of Cell Science, Molecular Cellular Biology, J Eur Acad Dermatol Venereol, ELife, Nature Communications, e Emerging Microbes and Infections, entre outras. Foi revisor de várias revistas científicas de renome. É presidente do grupo de micologia da SPDV.

JULIÁN CONEJO-MIR

Julian Conejo-Mir es catedrático de Dermatología de la Universidad de Sevilla y Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Hizo las especialidades de Dermatología y Cirugía Plástica y Reconstructiva en Sevilla, y fue post-graduate fellow en el New York University Medical Center (New York, USA) en Cirugía de Mohs con el Dr. Perry Robins, de la que hizo posteriormente su Tesis Doctoral. Ha publicado más de 400 trabajos científicos nacionales e internacionales así como 42 libros y monografías. Ha organizado 25 congresos nacionales y 16 internacionales. Asimismo, ha organizado y dirigido 19 reuniones de trabajo sobre Alta Gestión en Dermatología, colaborando con las escuelas de MBA de ESADE, IE y IESE. Ha sido presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), de la Internacional Society for Dermatologic Surgery (ISDS), de la European Society for Micrographic surgery (ESMS), así como vicepresidente del Colegio Ibero Latino Americano de Dermatología (CILAD). Sus líneas más importantes de investigación son: cáncer cutáneo, cirugía dermatológica e inteligencia artificial.



BIOGRAFIA DOS PALESTRANTES CONVIDADOS

ROGÉRIO CANHOTO

Rogério Canhoto, 54 anos, é licenciado em Engenharia Eletrotécnica, no ramo de Sistemas e Computadores, pelo Instituto Superior Técnico. Possui um MBA em Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial. É Mestre em Ciências Empresariais com especialização em “Marketing Digital”. Desenvolveu a sua carreira no sector das Tecnologias, Media e Telecomunicações, com uma forte especialização nas áreas de Business Transformation e Business Development. Passou por vários cargos de gestão de topo em empresas de referência no contexto nacional e em empresas multinacionais (PT/Altice, Grupo Havas, Deloitte Consulting, Grupo Impresa). Atualmente é Chief Business Officer da PHC Software. É também professor convidado dos mestrados executivos do ISCTE e da Universidade Católica Porto Business School nas áreas de Marketing Digital e Inteligência Artificial. É director executivo da pós-graduação em Marketing Digital do ISCTE e diretor executivo da pós-graduação em Inteligência Artificial aplicada à Gestão também pelo ISCTE. É igualmente coautor dos livros “b-Mercator – Blended Marketing” e do Livro “AI_Novator – Inteligência Artificial Aplicada”, e Key Note Speaker em diversos eventos nacionais e internacionais, em temas relacionados com Digital Marketing, Transformação Digital e Inteligência Artificial. Fez parte do advisory board para a transformação digital da AICEP - Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal. É atualmente board member do Conselho Estratégico para a Economia Digital da CIP.



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

08:55-09:00 **Abertura do Congresso - Paulo Filipe**

09:00-10:30 **Sessão de Casos Clínicos I** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Miguel Correia e Sónia Coelho

GENODERMATOSE

9:00 **CC01 - Epidermólise Bolhosa Pré-tibial: Novas mutações no gene COL7A1 em heterozigotia composta**

Joana Vieitez-Frade^{1,2}, J. Ferreira^{1,2,3}, B. Tomaz⁴, A. Travessa⁵, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

³Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa

⁴Serviço de Hematologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

⁵Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

⁶Instituto Gulbenkian de Ciência (IGC), Oeiras

⁷Serviço de Genética, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

9:06 **CC02 - Síndrome VEXAS: uma apresentação clínica atípica**

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹; C. Costa²; A. Pedrosa^{1,3}, C. Lisboa^{1,4}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴Departamento de Patologia e RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

9:12 **CC03 - Vasculite cutânea de pequenos vasos como pista para o diagnóstico de endocardite infecciosa**

Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹ M. Pupo Correia¹, F. S. Monteiro¹, I.T. Abreu¹, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, A. Gaspar Silva³, R. Pereira⁴, M. Vilela⁵, V. Correia⁵, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

³Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

⁴Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

⁵Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

9:18 **CC04 - Purpura fulminans: uma apresentação grave da febre escaro-nodular**

Filipe Silva Monteiro^{1,2}, F. S. Gonçalves³, R. Sousa⁴, A. S. Santos⁴, I. T. Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, I. Pereira-Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,5}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2,5}

¹Serviço de Dermatologia - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Clínica Universitária de Dermatologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Serviço de Doenças Infecciosas - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

⁴Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Dr. Francisco Cambournac (CEVDI), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

⁵Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

09:00-10:30 **Sessão de Casos Clínicos I** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Miguel Correia e Sónia Coelho

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

9:24 **CC05 - Tuberculide papulonecrótica como manifestação inicial de tuberculose ganglionar**

José Alberto Ramos¹, H. Leme¹, A. M. Silva¹, A. Roda¹, J. Alves¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE

9:30 **CC06 - Manifestações cutâneas no LAIT: O seu reconhecimento precoce para evitar o atraso no diagnóstico**

Miguel Ribeiro¹; S. Lopes¹; C. Cerqueira¹; C. M. Nogueira¹; J.G. Freitas²; C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

²Serviço Hematologia, Hospital de Braga

9:36 **CC07 - Pioderma gangrenoso associado a leucemia mielóide aguda: uma pista para o diagnóstico hematológico**

Joana Vieitez Frade^{1,2}, J. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

³Unidade de Investigação em Dermatologia, iMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa

9:42 **CC08 - Dermatose perfurante adquirida - manifestação paraneoplásica de carcinoma neuroendócrino do pulmão**

Rúben Nogueira-Costa¹, P. Gomes¹, N. Ferreira², A.V. Cardoso², C. Costa³, J. Almeida³, M.I. Rodrigues³, M. Costa-Silva¹, F. Azevedo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

²Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Penafiel

³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

9:48 **CC09 - Úlcera cutânea intermamária – um tumor raro mimetizando cancro da mama**

Francisco Martins¹, J. C. Cardoso¹, J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

9:54 **CC10 - Úlceras profundas dispersas em idade pediátrica: um desafio diagnóstico e terapêutico**

Francisco Martins¹, D. Flor¹, J. Nascimento², P. Estanqueiro², F. Santiago¹, L. Ramos¹

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

²Serviço de Reumatologia - Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra

10:00 **CC11 - Heteroplasia óssea progressiva: relato de um caso**

Francisco Martins¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, S. Coelho², L. Ramos¹

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

²Serviço de Dermatologia – Hospital da CUF Viseu

10:06 **CC12 - Ictiose ligada ao X por deleção de genes contíguos: um caso raro com manifestações neurológicas e oftalmológicas**

Beatriz F. Vilela¹, A. Cordeiro², M. Melo³, C. Gouveia¹, M. J. Paiva Lopes¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS São José, Lisboa

²Serviço de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, ULS São José, Lisboa

³Serviço de Genética, Hospital Dona Estefânia, ULS São José, Lisboa



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

09:00-10:30 **Sessão de Casos Clínicos I** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Miguel Correia e Sónia Coelho

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

10:12 **CC13 - E quando não é Stevens-Johnson?**

Keyla Sousa¹, D. Flor¹, M. Batista¹, L. Ramos¹, F. Santiago¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

10:18 **CC14 - Nódulo ulcerado em recém-nascido: um caso de histiocitose de células de Langerhans congénita**

Catarina Cerqueira¹, C. M. Nogueira¹, M. Ribeiro¹, J. Santos², C.P. Araújo¹, A.P. Vieira¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

²Laboratório de Anatomia Patológica - UNILABS

10:24 **CC15 - Harlequin 17 - Caso Clínico**

Pedro Simões Farinha¹, A. Ferreirinha¹, B. Duarte¹

¹ULS São José com Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia

10:30-11:00 **Intervalo para café e visita à exposição técnica**

11:00-11:45 **Simpósio satélite**

J&J Innovative Medicine

Polígrafo: mitos e factos no tratamento de doença psoriática

11:45-12:45 **Simpósio do Grupo Português de Psoríase**

Psoríase em populações especiais

Moderadores: Joana Antunes, F. Menezes Brandão, Tiago Torres

11:45-11:55 **Psoríase na grávida**

Natividade Rocha

11:55-12:05 **Psoríase no idoso**

Pedro Ponte

12:05-12:15 **Psoríase na infância**

Leonor Ramos

12:15-12:25 **Psoríase no doente oncológico**

Rita Pimenta

12:25-12:35 **Psoríase no doente com infeção crónica**

Paulo Varela

12:35-12:45 **Discussão**



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

12:45-14:00 **Almoço**

14:00-15:00 **Sessão de Casos Clínicos II** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Gabriela Marques Pinto e Luís Soares de Almeida

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

14:00 **CC16 - Parvovírus B19: uma manifestação cutânea atípica**

Francisco Mano¹, J.C. Cardoso¹; D. Caetano¹; M. Pedroso¹; J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

14:06 **CC17 - Dermatofitose crónica resistente a anti-fúngicos: uma realidade em Portugal**

Lanyu Sun¹, B. Vidal¹, J. Ferreira^{1,2,3}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, T. Marques⁴, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

³Paulo Filipe Lab, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Lisboa

⁴Serviço de Infeciologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

14:12 **CC18 - Exantema ictiosiforme – uma manifestação rara de sífilis terciária**

Joana Fazendeiro Matos¹, C. Batista², H. Bettencourt³, P. Andrade⁴

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

²Serviço de Infeciologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

⁴Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

14:18 **CC19 - Acinetobacter ursingii: um agente etiológico inusitado**

Mariana Ventura Pedroso¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, F. Mano¹, J.C. Cardoso¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

INFLAMATÓRIA

14:24 **CC20 - Brodalumab em combinação e re-challenge: dois casos de sucesso terapêutico na psoríase artropática**

Francisco Martins¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, H. Oliveira¹

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

14:30 **CC21 - Agudização de PPG: um caso de rápida resposta ao spesolimab complicado por intercorrência infecciosa**

Miguel Ribeiro¹, A.G. Lopes¹, C. Cerqueira¹, C. M. Nogueira¹, M.S. Fernandes², C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

²Laboratório de Anatomia Patológica (LAP) - UNILABS

14:36 **CC22 – Lesões cribriformes faciais persistentes como apresentação de variante de pioderma**

David Caetano¹, F. Mano¹, M. Pedroso¹, F. Martins¹, D. Flor¹, J.C. Cardoso¹, M.M. Brites¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

14:42 **CC23 - Fasceíte Eosinofílica – Um Desafio Terapêutico**

Carlos M. Nogueira¹, C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, T. Pereira¹, C. Araújo¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

14:00-15:00 **Sessão de Casos Clínicos II** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Gabriela Marques Pinto e Luís Soares de Almeida

INFLAMATÓRIA

14:48 **CC24 - Dupilumab na dermatite urticariana – uma alternativa terapêutica**

André Aparício Martins¹, J. Teixeira¹, J. Soares¹, J. Xará¹, J. C. Cardoso¹, M. Gonçalo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

14:54 **CC25 - Síndrome autoinflamatória não classificável associada a pioderma gangrenoso: terapêutica com anti-IL1**

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, B. Granja^{1,3}, P. Matos¹, F. Azevedo¹, S. Magina^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto

³Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto

15:00-15:30 **Intervalo para café e visita à exposição técnica**

15:30-16:55 **Simpósio luso-espanhol SPDV/AEDV**

Moderadores – Isabel Belinchón (Vicepresidenta 1ª de la AEDV), Paulo Filipe (Presidente da SPDV)

15:30 **SC01 - Dermatitis neutrofílica asociada a lupus eritematoso sistémico (SLE-associated neutrophilic dermatosis, SLEAND): serie de casos**

Elena Lucía Pinto Pulido¹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias

15:40 **SC02 - Rituximab na terapêutica de manutenção do pênfigo vulgar: fixo vs. on demand - estudo multicêntrico**

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, D. Bernardo³, F. Mota⁴, J. Matos⁵, Miguel Ribeiro⁶, S. Lopes⁶, R. Guedes⁵, I. Raposo³, M. J. Cruz^{1,2}, F. Azevedo¹, A. Mota^{1,2,7}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto

³Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

⁴Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães

⁵Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Viana do Castelo

⁶Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga

⁷CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto

15:50 **SC03 - La realidad de la migración en patera. Descripción de la morbilidad asociada y caracterización de las lesiones cutáneas**

José González-Rodríguez¹, E de la Rosa-Fernández¹, P Llansó-Florent², S Garrido-Ríos³, I Loizate Sarrionandia¹, E Benítez-García¹, D García Silvera¹, R Fernández-de-Misa Cabrera¹

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

² Centro de Salud de Santa Úrsula, Santa Cruz de Tenerife, España.

³ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

15:30-16:55 **Simpósio luso-espanhol SPDV/AEDV**

Moderadores – Isabel Belinchón (Vicepresidenta 1ª de la AEDV), Paulo Filipe (Presidente da SPDV)

16:00 **SC04 – Epidermólisis ampullosa y morbimortalidad: serie de casos**

Elsa Benítez García, E. de la Rosa Fernández, J. González Rodríguez, D. García Silvera, H. Morales Moreno, M. Herrero Moyano, M.N. Hernández Hernández, J. Suárez Hernández, S. Dorta Alom

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Canarias, España.

16:10 **SC05 - MIRM em adultos: casuística de 5 casos**

Diogo de Sousa¹, I Soares¹, D Mancha¹, JP Vasconcelos¹, L Soares-Almeida^{1,2}, M Alpalhão^{1,2,3,4}, P Filipe^{1,2,3}

¹Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisbon, Portugal

²Dermatology University Clinic, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal

³Dermatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

⁴Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas, Lisbon, Portugal

16:20 **SC06 - Supervivencia del tildrakizumab en pacientes con psoriasis en placas en la práctica clínica (experiencia de 3 años): factores que predicen su discontinuación**

Raquel Santos-Juanes Galache¹, J. Carrero Martín¹, A. Nunez Domínguez¹, M. López Pando¹, J. Santos-Juanes¹, C. Galache¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, Espanha

16:30 **SC07 - Eficácia e segurança do roflumilast oral no tratamento da psoríase – um estudo prospetivo**

Ana Maria Lé¹, M. Luz¹, J. Alvarenga¹, M. Caetano^{1,2}, T. Torres^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

16:40 **SC08 – Vismodegib no tratamento de Carcinomas Basocelulares Localmente Avançados e Múltiplos: Um Estudo Observacional Retrospectivo de 6 Anos**

Ana Gusmão Palmeiro¹, B. Pimentel¹, L. Silva¹, A. Miroux Catarino¹, C. Amaro¹, C. Claro¹, G. Catorze¹, J. Teles de Sousa¹

¹Hospital de Egas Moniz, Unidade Local de Lisboa Ocidental, Lisboa



SEXTA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO

16:55-17:55 ASSEMBLEIA GERAL

17.55-18:25 ASSEMBLEIA ELEITORAL



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

8:30-11:00 **Curso – inteligência artificial aplicada (mediante inscrição)**
Rogério Canhoto

08:45-10:30 **Sessão de comunicações I** [6 min + 2 min de discussão]
Moderadores: Eugénia Matos Pires e Francisco Gil

INFLAMATÓRIA

8:45 **C01 - Adalimumab no tratamento da hidradenite supurativa: experiência de um centro terciário**

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹, B. Granja¹, G. Rosa¹, P. Matos¹, A. Cerejeira¹, M.J. Cruz^{1,2}, S. Magina^{1,2}, C. Lisboa^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³Departamento de Patologia e RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

8:53 **C02 - Risancizumab no tratamento da psoríase – dados de vida real de um centro terciário**
Ana Ferreirinha¹, M. Pestana¹, J. Cabete¹, A. L. João¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde São José, Lisboa

9:01 **C03 - Eficácia e segurança do Spesolimab no tratamento de *flares* da Psoríase Pustulosa Generalizada**

Martim Luz¹, M. Alpalhão², J. Alves³, M. Ribeiro⁴, A.M. Silva³, C. Brito⁴, P. Filipe², T. Torres¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

²Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

³Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

⁴Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

9:09 **C04 - Evidência de vida real sobre o espaçamento de dose dos inibidores de IL-23 no tratamento da psoríase**

Martim Luz¹, M. Caetano¹, T. Torres¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

9:17 **C05 - Persistência em tratamento na vida real de terapêuticas avançadas na dermatite atópica: um estudo observacional internacional**

José Miguel Alvarenga¹, J. Yeung², V. Prajapati³, S. Ribero⁴, A. Balato⁵, A. V. Marzano⁶, et al.

¹Department of Dermatology, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

²Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

⁴Department of Medical Sciences, Dermatology Clinic, University of Turin, Turin, Italy

⁵Unit of Dermatology, University of Campania Luigi Vanvitelli, Naples, Italy

⁶Dermatology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

9:25 **C06 - Doença de Hansen - Caracterização clínica e demográfica dos doentes da Consulta de Hansen do CHLC**

Ana Ferreirinha¹, M. C. Fialho¹, B. F. Vilela¹, P. Simões Farinha¹, C. Valente¹, I. Aparício Martins¹, M. Brito Caldeira¹, M. Pestana¹, C. Fernandes¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde São José, Lisboa



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

08:45-10:30 **Sessão de comunicações I** [6 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Eugénia Matos Pires e Francisco Gil

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

- 9:33 **C07 - Úlcera Genital - o papel do teste de PCR na identificação etiológica**
Beatriz F. Vilela¹, R. Côrte-Real², P. Farinha¹, A. L. João¹, C. Fernandes¹, J. M. Neves¹
¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS São José, Lisboa
²Serviço de Patologia Clínica, Biologia Molecular, Hospital de São José, ULS São José, Lisboa
- 9:41 **C08 - Diagnóstico Recente de Sífilis em Centro Terciário em 2024: Perfil Epidemiológico e Implicações na Prevenção da Sífilis Congénita**
Pedro Simões Farinha¹, B. Vilela¹, M.V. Matos², A.L. João¹, J. Neves¹, C. Fernandes¹
¹ULS São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia
²ULS São José, Hospital São José, Serviço de Patologia Clínica
- 9:49 **C09 - Parvovírus - um grande imitador na Dermatologia**
Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, I. Soares^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, F. S. Monteiro^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}
¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.
²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

- 9:57 **C10 - Toxicidades dermatológicas associadas a fármacos oncológicos: análise da consulta da ULS São João**
Bárbara Vieira Granja^{1,2}, N. Preto Gomes³, P. Rolo de Matos¹, G. Pires da Rosa¹, F. Azevedo¹, S. Magina^{1,2}
¹Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto
²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto
³Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Alto Minho – Viana do Castelo
- 10:05 **C11 - Testes epicutâneos em doentes com falência de artroplastias - estudo retrospectivo de cinco anos**
Catarina Cerqueira¹, C. M. Nogueira¹, M. Ribeiro¹, T. M. Pereira¹, C.P. Araújo¹, C. Brito¹
¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

CICATRIZAÇÃO

- 10:13 **C12 - Impacto da úlcera de perna na população em idade ativa - absentismo e repercussão financeira**
Maria Cristina Fialho¹, A. Ferreirinha¹, J. Cabete^{1,2}
¹Serviço de Dermato-venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa
²Departamento de Dermato-venereologia, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

08:45-10:30 **Sessão de comunicações I** [6 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Eugénia Matos Pires e Francisco Gil

CIRURGIA DERMATOLÓGICA

10:21 **C13 - Retalho de transposição bilobado extra-nasal – uma série de casos**

Bárbara Vieira Granja^{1,2}, C. Marques³

¹Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto

²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

³Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

10:30-11:00 **Intervalo para café e visita à exposição técnica**

11:00-12:00 **Simpósio do Grupo Português de cirurgia Dermatológica**

Moderadores: José de Matos, José Labareda

11:00-11:15 **O essencial da cirurgia micrográfica de Mohs**

Goreti Catorze

11:15-11:30 **O essencial da criocirurgia**

César Martins

11:30-11:45 **Três técnicas cirúrgicas para o pavilhão auricular**

Daniela Cunha

11:45-12:00 **Três técnicas cirúrgicas para a região peri-orbitária**

João Goulão

12:00-12:45 **Simpósio satélite**

de exacerbações da Psoríase Pustulosa Generalizada: da investigação à prática clínica

Boehringer Ingelheim

Spesolimab no tratamento

12:45-14:00 **Almoço**



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

14:00-15:00 **Sessão de comunicações II** [6 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Maria João Paiva Lopes e Hugo S Oliveira

CIRURGIA DERMATOLÓGICA

14:00 **C14 - Cirurgia micrográfica de Mohs: experiência de 11.5 anos no Hospital de Egas Moniz**
Cristina Gonçalves Castro¹, G. Catorze¹, L.M. Labareda¹, A.M. Catarino¹, L. Silva¹, A.G. Palmeiro¹, R. Sampaio², R. Bajanca¹, I. Viana¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa

14:08 **C15 - Técnica de *spaghetti*: experiência do Hospital de Egas Moniz**
Cristina Gonçalves Castro¹, G. Catorze¹, A.M. Catarino¹, A.G. Palmeiro¹, M.M. Carvalho¹, R. Sampaio², R. Bajanca¹, I. Viana¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

14:16 **C16 - Lúpus eritematoso neonatal num hospital terciário: a propósito de um caso clínico**
Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹, M. Pupo Correia¹, F. S. Monteiro¹, I.T. Abreu¹, P. de Vasconcelos¹, G. Silva¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, A. Dias Curado³, A. Costa Reis⁴, P. Filipe^{1,2}, S. Fernandes^{1,2}, C. Tapadinhas^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

³Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

⁴Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria

ONCOLOGIA

14:24 **C17 - Sarcoma de Kaposi - estudo retrospectivo de 10 anos num hospital terciário**
Inês Pereira Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Abreu^{1,2}, F. Monteiro^{1,2}, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

14:32 **C18 - Sarcoma de Kaposi: um estudo retrospectivo de 15 anos num hospital terciário**
Hugo J. Leme¹, J. A. Ramos¹, A. M. Silva¹, A. I. Gouveia¹, J. Alves^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

TRICOLOGIA

14:40 **C19 - Tofacitinib na Alopecia Areata – Experiência de um Centro**
Carlos M. Nogueira¹, C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, G. Lopes¹, M. J. Guimarães¹, S. Lopes¹, C. Araújo¹, J. Gomes¹, C. Macedo¹, A. P. Vieira¹, T. Pereira¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga

14:48 **C20 - Tratamento da Alopecia Areata com Inibidores de Janus Cinase: Dados do Mundo Real de um Centro Terciário.**

Pedro Simões Farinha¹, C. Fialho¹, E. Marques¹, B. Duarte¹, A.L. João¹, J. Cabete¹, N. Cunha¹, M.J. Paiva Lopes¹

¹ULS São José com Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

15:00-15:45 **Simpósio satélite**
Lilly Portugal
Mind the skin in review

15:45-16:05 **Conferência – Sustentabilidade em Medicina**
Bastonário da Ordem dos Médicos Carlos Cortes
Moderadores: Alberto Mota, Paulo Filipe

16:05-16:50 **Simpósio satélite**
Almirall
Dermatite atópica-novas oportunidades de tratamento da patologia

16:50-17:20 **Intervalo para café e visita à exposição técnica**

17:20-18:00 **Sessão de Casos Clínicos III** [4 min + 2 min de discussão]
Moderadores: Rui Bello e Vitória Guiote

AUTOIMUNE

17:20 **CC26 - Micofenolato de Mofetil Como Alternativa Eficaz Num Caso De Lúpus Eritematoso Discoide Refratário**

Carlos M. Nogueira¹, J. S. Silva², C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, T. Pereira¹, S. Lopes¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga

²Serviço de Anatomia Patológica da Unidade Local de Saúde de Braga

17:26 **CC27 - Overlap Dermatomiosite/Esclerose sistémica: marcha diagnóstica e tratamento**
Rúben Nogueira-Costa¹, G.P. Rosa¹, P. Gomes¹, J. Pinheiro², C. Costa², E. Ferreira³, A. Pedrosa¹, E. Moreira¹, F. Azevedo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

³Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

CICATRIZAÇÃO

17:32 **CC28 - Oxigenoterapia hiperbárica: uma arma terapêutica no tratamento de pé diabético**
Maria Rojão Mouro¹, T. Nunes², F. Azevedo², R. Araújo³, M. Catorze¹

¹Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Egas Moniz,

²Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Egas Moniz,

³Serviço de Anestesiologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa

ONCOLOGIA

17:38 **CC29 - Leucemia – linfoma de células T do adulto**
Lúcia Cossa¹, A. Cunha¹, R. Manuel¹, G. Luciano¹

¹Hospital Central de Maputo



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO

17:20-18:00 Sessão de Casos Clínicos III [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Rui Bello e Vitória Guiote

ONCOLOGIA

17:44 CC30 - Adenocarcinoma Anexial metastático: do desafio diagnóstico ao sucesso terapêutico

João Soares^{1,2}, J. Teixeira¹, J.C. Cardoso^{1,3}, E. Pratas^{2,3}, J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra

²Serviço de Oncologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra

³Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra; Coimbra

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA

17:50 CC31 - Reação granulomatosa a pigmento vermelho de tatuagem

Maria Cristina Fialho¹, C. Valente¹, A. Ferreirinha¹, A. João¹, B. Duarte¹

¹Serviço de Dermato-venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal



SÁBADO, 9 DE NOVEMBRO
8h30-11:00

AGENDA SESSÃO – INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA

O Novo Normal: A Inteligência Artificial no nosso dia a dia

Entenda como a IA está a transformar o nosso mundo, e a medicina em particular, oferecendo novas ferramentas para melhorar a eficiência, a produtividade e a qualidade de vida.

Diferenças Cruciais: IA Generativa vs IA Funcional

Descubra as diferenças entre IA generativa e IA funcional e como utilizá-las de forma estratégica no dia a dia da dermatologia.

Inteligência Artificial: Onde, Como e Porquê na Dermatologia?

Identifique áreas críticas onde a IA já está a ser aplicada com sucesso, desde o diagnóstico assistido por IA até à personalização de tratamentos.

Cuidados com a IA: Como Proteger os seus Dados e os dos Seus Pacientes

Explore as melhores práticas para garantir a proteção dos dados médicos e a conformidade com as regulamentações de privacidade.

Masterclass de Prompts: Como Extrair o Melhor da IA

Aprenda a estruturar prompts de forma eficaz para obter respostas e insights precisos e úteis, otimizando o seu tempo e melhorando a sua performance profissional. Aplicações ao nosso dia a dia pessoal.

Casos de Sucesso: IA Aplicada em Dermatologia

Conheça exemplos concretos de como a IA está a transformar o dia a dia de um dermatologista. Uma componente prática, onde vamos utilizar várias ferramentas de IA já disponíveis a situações reais do dia a dia de um dermatologista.

A Caminho da Prática: Como Iniciar a Implementação de IA no seu dia a dia

Dicas e orientações práticas para começar a utilizar a IA no seu dia a dia, desde a identificação de novas ferramentas até à implementação passo a passo.

Patrocínio Lilly



DOMINGO, 10 DE NOVEMBRO

09:00-09:30 **Sessão de Casos Clínicos IV** [4 min + 2 min de discussão]

Moderadores: Alexandra Chaveiro e Celeste Brito

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

9:00 **CC32 - Paniculite lipomembranosa induzida por injeções repetidas de progesterona para aumento da libido em Angola**

Inês Pereira Amaral^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Soares^{1,2}, F. Silva Monteiro^{1,2}, I. Tribolet Abreu^{1,2}, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

PARASITOSE

9:06 **CC33 - Nódulo ulcerado no mento após viagem ao México**

Méllissa M. de Carvalho¹, S. Cortes^{2,3}, J. M. Cristóvão², J. C. Cardoso⁴, G. Catorze¹, J. T. Sousa¹, A. Miroux Catarino¹

¹Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

²Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA)

³Global Health and Tropical Medicine (GHTM)

⁴Serviço de Dermatovenereologia. Unidade Local de Saúde de Coimbra

9:12 **CC34 - Sarna crostosa em doente com múltiplas comorbilidades tratada com dupilumab por prurigo crónico**

Cristina Gonçalves Castro¹, C. Claro¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

9:18 **CC35 - Urgência em dermatologia – uma surpresa sob as escamas**

Mariana Ventura Pedroso¹, D. Caetano¹, D. Flor¹, F. Mano¹, J. Teixeira¹, M. Brites Xavier¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

TECIDO CONJUNTIVO

9:24 **CC36 - Doenças perfurantes – a propósito de dois casos clínicos**

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, F.S. Monteiro^{1,2}, M.D. Reis^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

09:30-09:45 **Apresentação oral de pósteres selecionados**

Moderadores: Cristina Claro, Joana Rocha, Rita Guedes

09:45-10:30 **Simpósio satélite**

Pfizer Portugal

The Future of Atopic Dermatitis Treatments: Transforming Lives



DOMINGO, 10 DE NOVEMBRO

10:30-11:00 Intervalo para café e visita à exposição técnica

11:00-11:20 Conferência – La dermatología del futuro: innovation, tecnologia y medicina personalizada

J Conejo-Mir

Moderadores: António F. Massa, António Massa

11:20-12:35 Conferência: Estado da arte

Moderadores: Filomena Azevedo, Mónica Caetano

11:20-11:35 Micoses cutâneas: diagnóstico molecular

João Ferreira

11:35-11:50 Linfomas cutâneos

Mariana Cravo

11:50-12:05 Toxidermias e imunoterapia

Margarida Gonçalo

12:05-12:10 Entrega do prémio fotografia dermatológica

12:10 Encerramento

Direção da SPDV



Pósteres - distribuição temática

Alergia cutânea

P01 - Dermite de contacto alérgica com padrão de pregas associada à aplicação de antifúngicos tópicos

P02 - Dermatite de Contacto Alérgica - um achado inesperado

Anomalia vascular

P03 - Linfangioma circunscrito do pénis

~~P04 - Recidiva Tardia de Linfangioma Circunscrito (cancelado pelo autor)~~

P05 - Hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia, um diagnóstico a considerar em lesões vasculares crónicas

Autoimune

P06 - Desafios no diagnóstico e gestão da morfeia generalizada: a propósito de um caso clínico

P07 - Bacteriemia como complicação grave de penfigóide bolhoso: relato de dois casos com desfecho fatal

P08 - Uso de anifrolumab em doentes com lúpus cutâneo refratário: relato de dois casos

Cirurgia Dermatológica

P09 - Excisão de carcinoma espinocelular e reconstrução lábio superior com retalho de avanço mucocutâneo

P10 - Defeito da ponta do nariz – reconstrução com retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral

P11 - Defeito da pálpebra inferior – reconstrução com retalho miocutâneo pediculado “em ilha” do músculo n

P12 - Retalho de Yu Modificado para reconstrução de defeitos no lábio

Dermatologia Pediátrica

P13 - Eritema multiforme exsudativo recorrente em idade pediátrica

P14 - Abscesso cutâneo pós-vacinação: uma apresentação rara da sensibilização ao alumínio

P15 - Mancha castanha plantar em criança de 10 anos: qual o diagnóstico?

P16 - Hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia: uma apresentação incomum

P17 - Siringomas na criança

P18 - Língua preta num lactente

P19 - Lesão pigmentada atípica em adolescente: um caso de melanocitoma pigmentado epitelióide

P20 - Líquen escleroso extragenital isolado: um caso raro em idade pediátrica

P21 - Distrofia ungueal em um adolescente: nem tudo é onicomicose

P22 - “Pool palms”: uma dermatite friccional a reconhecer

P23 - Colagenoma eruptivo numa criança saudável

P24 - Dermatite Granulomatosa Periorifical da Infância: um caso inovador

História da Dermatologia Portuguesa

P25 - Tovar de Lemos e o Serviço de Inspeção e Profilaxia das Doenças Venéreas nas Toleradas de Lisboa



Pósteres - distribuição temática

Infeção e manifestações associadas

- P26 - Doença de Hansen: erupção cutânea após iniciar Metotrexato e Leflunomida
- P27 - Lesões Cutâneas no Doente Imunocomprometido: Éctima Gangrenoso ou Infiltração Tumoral?
- P28 - Hepatite sifilítica: uma manifestação invulgar de sífilis secundária
- P29 - Pápula Umbilicada Isolada em Dedo: Orf ou Mpox? Um Desafio Diagnóstico
- P30 - Epidermodisplasia Verruciforme (EV) adquirida associada a infeção VIH

Inflamatória

- P31 - Pitiríase Rubra Pilar: Pistas para o Diagnóstico do Doente em Eritrodermia
- P32 - Lesão pigmentada solitária: quando a dermatoscopia faz a diferença.
- P33 - Adalimumab na Síndrome de Melkersson-Rosenthal
- P34 - Fasceíte eosinofílica: uma causa incomum de espessamento cutâneo
- P35 - Acne noduloquística grave tratada com dapsona
- P36 - Rash de calor - um caso de miliária cristalina associado ao exercício físico

Manifestação de doença sistémica

- P37 - Nódulos alaranjados na região infraorbitária – qual é o diagnóstico?
- P38 - Placa xantomatosa ou algo mais? O desafio da amiloidose nodular cutânea primária
- P39 - Eritema induratum: a tuberculose como um diagnóstico diferencial
- P40 - Histoplasmose cutânea na doença avançada por HIV
- P41 - O enigma do eritema anular centrífugo paraneoplásico revela um adenocarcinoma do pulmão oculto
- P42 - Metástases cutâneas de carcinoma espinocelular laríngeo com diferenciação neuroendócrina
- P43 - Metastização cutânea de neoplasia do cólon
- P44 - Nódulos mamários como manifestação cutânea de linfoma não-Hodgkin
- P45 - Vasculite reumatóide, uma complicação rara: relato de caso e da importância do papel do dermatologista
- P46 - Placas anulares associadas a artrite reumatoide não controlada
- P47 - Doença de Crohn: a outra grande imitadora
- P48 - Nódulos eritematosos nas pernas de uma mulher
- P49 - Púrpura palpável como manifestação inicial de vasculite IgA com envolvimento renal no adulto
- P50 - O Diagnóstico de Eritema Elevatum Diutinum no Doente com Sarcoidose
- P51 - Lupus pérmio – condição clínica potencialmente desfigurante e recalcitrante ao tratamento
- P52 - Síndrome trófica do trigémio secundária a acidente vascular cerebral bulbar lateral
- P53 - Síndrome de Sulzberger-Garbe em doente com Hepatite B



Pósteres - distribuição temática

Ocupacional

~~P54 - *Computer Palms* - Uma Nova Dermatose Ocupacional~~ (cancelado pelo autor)

P55 - Perniose das coxas: não só equestre, mas como doença profissional

Oncologia

P56 - Melanoma amelanótico: um desafio diagnóstico

P57 - Melanoma do tipo nevo azul: uma variante rara e agressiva

P58 - Linfoma B difuso de grandes células cutâneo: quando o tempo é precioso

P59 - Úlcera de perna: apresentação incomum de linfoma cutâneo primário de grandes células B, tipo perna

P60 - Micose fungóide: apresentação em placa única

P61 - "Tratamento de linfoma cutâneo primário de pequenas/médias células T CD4+ com administração de betametasona intralesional"

P62 - Tumor facial: um desfecho inesperado

P63 - O benefício da ecografia na decisão terapêutica dos carcinomas basocelulares

Parasitose

P64 - Larva migrans generalizada: De localizações atípicas ao desafio terapêutico

Pigmentação

P65 - Lentiginose eruptiva em locais de placas de psoríase em resolução com Metotrexato

Reação cutânea adversa a fármaco

P66 - Colagenose perfurante adquirida induzida pelo cetuximab

P67 - Dermatofibromas Eruptivos Múltiplos secundários a Adalimumab

P68 - Líquen plano inverso - efeito adverso inesperado num doente sob osimertinib

P69 - Síndrome de DRESS secundário a carbamazepina, confirmado por testes epicutâneos

P70 - Psoríase paradoxal induzida por infliximab: o papel da PUVAterapia oral na Pustulose palmo-plantar

P71 - Agravamento de psoríase vulgar secundária ao tratamento com Enzalutamida

P72 - Pseudo-pseudoxantoma elástico associado à penicilamina – uma entidade a reconhecer

Tricologia

P73 - Alopecia Areata: panorama da doença em Portugal

Tumor benigno

P74 - Quando MANIACo é sinónimo de benigno

P75 - Pápulas eritematosas agrupadas na perna de uma mulher de 75 anos – qual o seu diagnóstico?

P76 - Síndrome de *Favre-Racouchot* a mimetizar carcinoma espinocelular do couro cabeludo

P77 - Nódulo róseo no dorso da mão: apresentação de uma neoplasia cutânea invulgar

P78 - Neoplasia mesenquimatosa de células claras distintiva intradérmica

P79 - Siringomas eruptivos: um diagnóstico desafiante



Pósteres - distribuição temática

Tumor benigno

P80 - Tumor glómico em localização atípica

Júri dos pósteres – Joana Rocha, Cristina Claro e Rita Guedes



SIMPÓSIOS SATÉLITES
Sexta-Feira, 8 DE NOVEMBRO

J&J Innovative Medicine 11h00 – 11h45	Polígrafo: mitos e factos no tratamento de doença psoriática
	Moderação: Dr. Fernando Mota (Hospital da Senhora de Oliveira, Guimarães)
	Palestrantes:
	Dra. Ana Luísa João – Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS de São José
	Dr. Álvaro Machado – Hospital Lusíadas Braga



SIMPÓSIOS SATÉLITES

Sábado, 9 DE NOVEMBRO

BOEHRINGER INGELHEIM	Spesolimab no tratamento de exacerbações da Psoríase Pustulosa Generalizada: da investigação à prática clínica		
	Painel: Prof. Doutor Tiago Torres (Hospital de Santo António), Dr.ª Celeste Brito (Hospital de Braga), Dr.ª Ângela Roda (Hospital Garcia de Orta) & Dr.ª Joana Antunes (Hospital de Santa Maria)		
12h00 – 12h45			
LILLY PORTUGAL	Mind the skin in review		
	15h00 – 15h05	Abertura	Prof. Doutor Tiago Torres <i>ULS Santo António</i>
	15h05 - 15h35	Discussão de casos clínicos sobre psoríase	Prof. Doutor Tiago Torres (Moderador) Prof. Doutora Sofia Magina <i>CHU de São João</i> Dr. Leandro Silva ULSLO <i>Hospital de Egas Moniz</i> Dr. Fernando Mota ULS <i>Alto Ave</i>
	15h35 – 16h45	Discussão aberta à audiência	Todos
ALMIRALL	Dermatite atópica - Novas oportunidades de tratamento da patologia		
	Moderação: Prof. Tiago Torres		
	16h05	O papel-chave da IL-13 na Dermatite Atópica	Prof.ª Doutora Margarida Gonçalo , Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
	16h20	Existem necessidades clínicas não satisfeitas nesta patologia?	Dra. Maria João Cruz , Centro Hospitalar Universitário de São João
	16h30	Novas oportunidades no tratamento da Dermatite Atópica	Prof. Doutor Tiago Torres , Centro Hospitalar Universitário do Porto
	16h45	Q&A	
16h50	16h50	Encerramento	



SIMPÓSIOS SATÉLITES

Domingo, 10 DE NOVEMBRO

PFIZER PORTUGAL 09h45 – 10h30	The Future of Atopic Dermatitis Treatments: Transforming Lives		
	09h45-09h55	Welcome & Introduction	Prof. ^a Doutora Margarida Gonçalo – ULS Coimbra
	09h55 – 10h10	The Future of AD Treatment	Prof. Doutor Tiago Torres – ULS Santo António
	10h10 – 10h25	Transforming Lives	Prof. Doutor Pedro Herranz – Hospital Universitario La Paz, Madrid
	10h25 – 10h30	Q &A	



RESUMOS DAS PALESTRAS

João Ferreira*

(*Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Laboratório de Micologia, Clínica Dermatológica Universitária, Faculdade de Medicina, Lisboa)

The incidence of fungal infections has been increasing in parallel with emerging fungal and yeast strains that are resistant to current antifungal agents. The connections between the skin and fungal infections are manifold. Fungal infections may primarily involve the skin as either superficial or subcutaneous mycoses, the skin may provide the portal of entry for invasive fungal infections, or else the latter may be suspected or diagnosed through their skin involvement. The diagnosis of mycoses has relied mainly on culture methods typically associated with microscopic examination of samples. Over the past decades non-culture methodologies have emerged at a fast pace. Herein, we will provide an overview on the most recent approaches utilizing nucleic acid-based techniques in the fast and accurate diagnosis of mycoses. Different Polymerase Chain Reaction (PCR)-based platforms, including multiplex and digital droplet PCR, and hybrid variants associating microarray hybridization, microfluidics or electrochemical detection, and recent innovations in next-generation sequencing will be briefly outlined. The potential of these technologies for fast and accurate diagnosis of fungal (or mixed fungal and bacterial) diseases and associated drug resistance profiles will be highlighted.

PCR variations, including nested PCR, real-time PCR, multiplex PCR.. real-time multiplex PCR, Droplet PCR Digital droplet PCR (ddPCR) is (combination of techniques, inc to simultaneously diagnose causative agent and drug resistance) may concurrently detect between two and five pathogenic species using species-specific primers and probes tagged with various fluorescent dyes for each target species (detecção e quantificação de várias espécies em simultâneo/detecção de co-infecções, directly from clinical samples, no need for culture..). the DNA microarray-based assay (PCR followed by microarray hybridization) to simultaneously detect the most significant pathogens in combination with assessment of resistance to antifungals... platform for the analysis of positive blood cultures combining microfluidics, PCR and electrochemical detection.

Mariana Cravo*

(*Serviço de Dermatologia do Hospital Lusíadas de Lisboa e Clínica de Dermatologia Dr.ª Isabel Correia da Fonseca)

Linfomas cutâneos – o estado da arte

Os linfomas cutâneos primários são um grupo heterogéneo que engloba várias entidades de doenças linfoproliferativas. O seu diagnóstico é altamente desafiante e deverá resultar sempre de uma integração cuidada de diversos factores, como a história e as manifestações clínicas em conjunto com exame histológico e molecular.

Apesar das últimas actualizações da 5ª classificação da WHO, a sua actual classificação está essencialmente baseada na da WHO-EORTC 2018.

Nesta apresentação, será feita uma actualização relativa a este grupo de neoplasias, nomeadamente no que concerne à sua etiopatogenia, imunobiologia e epigenética; novas ferramentas diagnósticas e de seguimento através de exames de imagem e possível associação destas neoplasias ao uso de tratamentos biológicos. Serão também abordados os dados de vida real de tratamentos actualmente disponíveis, assim como as características particulares de alguns subgrupos populacionais, os novos alvos terapêuticos e tratamentos emergentes.



RESUMOS DAS PALESTRAS

Margarida Gonçalo*

(*Serviço de Dermatologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra)

Toxidermias e imunoterapia

As reações adversas com manifestação cutânea, toxidermias, são frequentes tanto com os fármacos clássicos como com a imunoterapia. É de realçar que a imunoterapia pode aumentar a frequência e gravidade das toxidermias clássicas induzidas por outros fármacos ou induzir reações com aspetos particulares em relação às toxidermias clássicas.

Além das reações imediatas, mediadas por IgE ou não, com apresentação como urticária e/ou angioedema, os dermatologistas são mais frequentemente chamados a diagnosticar e orientar as manifestações retardadas dependentes de linfócitos T cuja manifestação predominante é sob a forma de exantema, mais ou menos generalizado, eventualmente associado a vesículas, bolhas ou pústulas com ou sem sintomas sistémicos.

Pretendemos mostrar alguns aspetos mais recentes da fisiopatologia destas toxidermias com impacto na sua expressão clínica, diagnóstico, prevenção, tratamento, prognóstico e orientação dos doentes.



INFORMAÇÕES GERAIS

Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV)

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

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

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

e-mail: geral@spdv.com.pt

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

Língua oficial: português

Outras línguas autorizadas: espanhol, inglês

LOCAL DO CONGRESSO

Hotel Hilton Porto Gaia

R. de Serpa Pinto 124, 4400-307 Vila Nova de Gaia

GPS: [N 41.1296° - W 8.6110°](#)

Telefone: (+351) 22 244 9200 (chamada para rede fixa nacional)

Estacionamento no hotel Hilton Porto Gaia:

-20% no parque para todos os participantes (valor base: 2,20€/hora até ao máximo de 25€/dia)

ACESSIBILIDADES

Comboio:

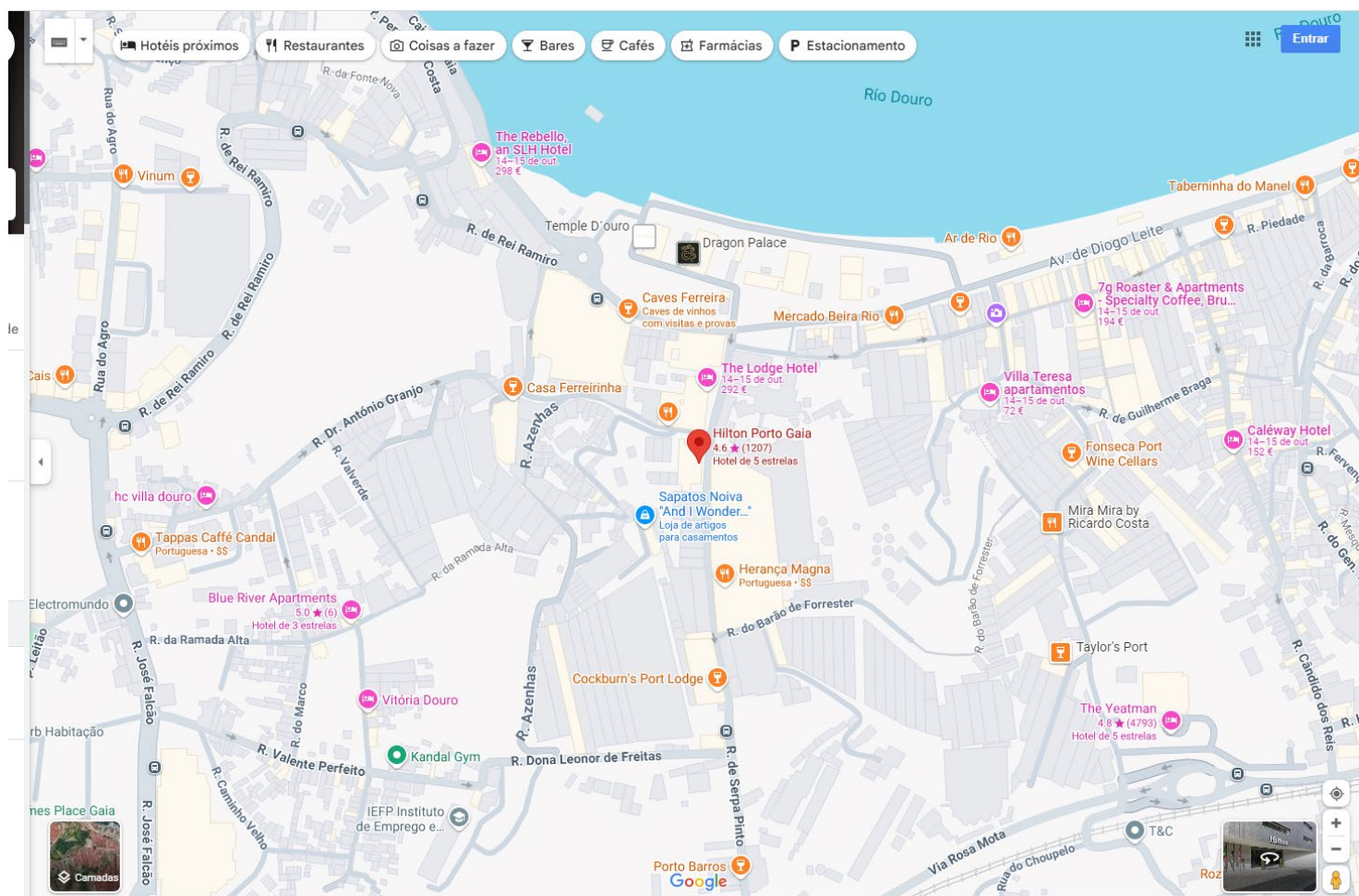
Consulte os horários da [CP](#) disponíveis [aqui](#).

A estação de comboio de Vila Nova de Gaia-Devesas fica a 850m do hotel.

Autocarro:

O terminal rodoviário fica na cidade do Porto, consulte os horários dos operadores: [Rede-Expressos](#)

[Flixbus](#)



<https://maps.app.goo.gl/fgNJqpPwRfiCuQGw9>



INFORMAÇÕES GERAIS

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

Comunicações orais: Consulte [aqui](#) o *layout* sugerido

E-pósteres: Consulte as instruções [aqui](#) e o *layout* sugerido [aqui](#)

PROGRAMA SOCIAL

Cerimónia de abertura e jantar de boas-vindas: sexta-feira, 19 horas, [Mosteiro de São Bento da Vitória](#) da Boehringer-Ingelheim).

Jantar de encerramento: sábado, 19 horas, [Casa Ferreririnha](#).



23º Congresso Nacional de Dermatologia e Venereologia

Planta da exposição técnica



AGRADECIMENTOS

ÀS FIRMAS ABAIXO MENCIONADAS PELO SEU APOIO E CONFIANÇA





SUPLEMENTO

Resumos dos Trabalhos submetidos

Índice (links ativos *ctrl+click* n.º pág.)

Comunicações	5
INFLAMATÓRIA	5
C01 - Adalimumab no tratamento da hidradenite supurativa: experiência de um centro terciário	5
C02 - Risancizumab no tratamento da psoríase – dados de vida real de um centro terciário	5
C03 - Eficácia e segurança do Spesolimab no tratamento de <i>flares</i> da Psoríase Pustulosa Generalizada	6
C04 - Evidência de vida real sobre o espaçamento de dose dos inibidores de IL-23 no tratamento da psoríase	7
C05 - Persistência em tratamento na vida real de terapêuticas avançadas na dermatite atópica: um estudo observacional internacional ...	7
INFECÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS	8
C06 - Doença de Hansen - Caracterização clínica e demográfica dos doentes da Consulta de Hansen do CHLC.....	8
C07 - Úlcera Genital - o papel do teste de PCR na identificação etiológica.....	9
C08 - Diagnóstico Recente de Sífilis em Centro Terciário em 2024: Perfil Epidemiológico e Implicações na Prevenção da Sífilis Congénita.10	10
C09 - Parvovírus - um grande imitador na Dermatologia.....	10
REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO	11
C10 - Toxicidades dermatológicas associadas a fármacos oncológicos: análise da consulta da ULS São João	11
ALERGIA CUTÂNEA	12
C11 - Testes epicutâneos em doentes com falência de artroplastias - estudo retrospectivo de cinco anos	12
CICATRIZAÇÃO	13
C12 - Impacto da úlcera de perna na população em idade ativa - absentismo e repercussão financeira	13
CIRURGIA DERMATOLÓGICA	13
C13 - Retalho de transposição bilobado extra-nasal – uma série de casos	13
C14 - Cirurgia micrográfica de Mohs: experiência de 11.5 anos no Hospital de Egas Moniz	14
C15 - Técnica de <i>spaghetti</i> : experiência do Hospital de Egas Moniz.....	15
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	15
C16 - Lúpus eritematoso neonatal num hospital terciário: a propósito de um caso clínico	15
ONCOLOGIA	16
C17 - Sarcoma de Kaposi - estudo retrospectivo de 10 anos num hospital terciário.....	16
C18 - Sarcoma de Kaposi: um estudo retrospectivo de 15 anos num hospital terciário.....	17
TRICOLOGIA	17
C19 - Tofacitinib na Alopecia Areata – Experiência de um Centro	17
C20 - Tratamento da Alopecia Areata com Inibidores de Janus Cinase: Dados do Mundo Real de um Centro Terciário.	18
Casos Clínicos	19
GENODERMATOSE	19
CC01 - Epidermólise Bolhosa Pré-tibial: Novas mutações no gene <i>COL7A1</i> em heterozigotia composta	19
CC02 - Síndrome VEXAS: uma apresentação clínica atípica	20
MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA	20
CC03 - Vasculite cutânea de pequenos vasos como pista para o diagnóstico de endocardite infecciosa	20
CC04 - Purpura fulminans: uma apresentação grave da febre escaro-nodular.....	21
CC05 - Tuberculide papulonecrótica como manifestação inicial de tuberculose ganglionar.....	22
CC06 - Manifestações cutâneas no LAIT: O seu reconhecimento precoce para evitar o atraso no diagnóstico.....	22
CC07 - Pioderma gangrenoso associado a leucemia mielóide aguda: uma pista para o diagnóstico hematológico.....	23
CC08 - Dermatoze perfurante adquirida - manifestação paraneoplásica de carcinoma neuroendócrino do pulmão.....	24
CC09 - Úlcera cutânea intermamária – um tumor raro mimetizando cancro da mama	25
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	25
CC10 - Úlceras profundas dispersas em idade pediátrica: um desafio diagnóstico e terapêutico	25
CC11 - Heteroplasia óssea progressiva: relato de um caso	26
CC12 - Ictiose ligada ao X por deleção de genes contíguos: um caso raro com manifestações neurológicas e oftalmológicas	27
CC13 - E quando não é Stevens-Johnson?.....	27
CC14 - Nódulo ulcerado em recém-nascido: um caso de histiocitose de células de Langerhans congénita	28
CC15 - Harlequin 17 - Caso Clínico	28
INFECÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS	29
CC16 - Parvovírus B19: uma manifestação cutânea atípica	29
CC17 - Dermatofitose crónica resistente a anti-fúngicos: uma realidade em Portugal	30
CC18 - Exantema ictiosiforme – uma manifestação rara de sífilis terciária	30



CC19 - Acinetobacter ursingii: um agente etiológico inusitado	31
INFLAMATÓRIA	31
CC20 - Brodalumab em combinação e <i>re-challenge</i> : dois casos de sucesso terapêutico na psoríase artropática	31
CC21 - Agudização de PPG: um caso de rápida resposta ao spesolimab complicado por intercorrência infecciosa	32
CC22 - Lesões cribriformes faciais persistentes como apresentação de variante de pioderma	33
CC23 - Fsseíte Eosinofílica – Um Desafio Terapêutico	33
CC24 - Dupilumab na dermatite urticariana – uma alternativa terapêutica	34
CC25 - Síndrome autoinflamatória não classificável associada a pioderma gangrenoso: terapêutica com anti-IL1	35
AUTOIMUNE	35
CC26 - Micofenolato de Mofetil Como Alternativa Eficaz Num Caso De Lúpus Eritematoso Discoide Refratário	35
CC27 - Overlap Dermatômiosite/Esclerose sistêmica: marcha diagnóstica e tratamento	36
CICATRIZAÇÃO	37
CC28 - Oxigenoterapia hiperbárica: uma arma terapêutica no tratamento de pé diabético	37
ONCOLOGIA	38
CC29 - Leucemia – linfoma de células T do adulto	38
CC30 - Adenocarcinoma Anaxial metastático: do desafio diagnóstico ao sucesso terapêutico	38
REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA	39
CC31 - Reação granulomatosa a pigmento vermelho de tatuagem	39
REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO	40
CC32 - Paniculite lipomembranosa induzida por injeções repetidas de progesterona para aumento da libido em Angola	40
PARASITOSE	40
CC33 - Nódulo ulcerado no mento após viagem ao México	40
CC34 - Sarna crostosa em doente com múltiplas comorbilidades tratada com dupilumab por prurigo crônico	41
CC35 - Urgência em dermatologia – uma surpresa sob as escamas	42
TECIDO CONJUNTIVO	42
CC36 - Doenças perforantes – a propósito de dois casos clínicos	42

Simpósio Luso-Espanhol AEDV/SPDV

AUTOIMUNE	43
SC01 - Dermatosis neutrofílica associada a lupus eritematoso sistémico (SLE-associated neutrophilic dermatosis, SLEAND): série de casos 43	
SC02 - Rituximab na terapêutica de manutenção do pénfigo vulgar: fixo vs. on demand - estudo multicêntrico	44
EPIDEMIOLOGIA	45
SC03 - La realidad de la migración en patera. Descripción de la morbilidad asociada y caracterización de las lesiones cutáneas	45
GENODERMATOSE	46
SC04 - Epidermólisis ampullosa y morbimortalidad: série de casos	46
MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA	47
SC05 - MIRM em adultos: casuística de 5 casos	47
INFLAMATÓRIA	47
SC06 - Supervivencia del tildrakizumab en pacientes con psoriasis en placas en la práctica clínica (experiencia de 3 años): factores que predicen su discontinuación	47
SC07 - Eficácia e segurança do roflumilast oral no tratamento da psoríase – um estudo prospetivo	48
ONCOLOGIA	49
SC08 - Vismodegib no tratamento de Carcinomas Basocelulares Localmente Avançados e Múltiplos: Um Estudo Observacional Retrospectivo de 6 Anos	49

Posteres

ALERGIA CUTÂNEA	50
P01 - Dermite de contacto alérgica com padrão de pregas associada à aplicação de antifúngicos tópicos	50
P02 - Dermite de contacto alérgica - um achado inesperado	50
ANOMALIA VASCULAR	51
P03 - Linfangioma circunscrito do pénis	51
P04 - Recidiva Tardia de Linfangioma Circunscrito [RETIRADO PELO AUTOR]	51
P05 - Hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia, um diagnóstico a considerar em lesões vasculares crónicas	52
AUTOIMUNE	53
P06 - Desafios no diagnóstico e gestão da morfeia generalizada: a propósito de um caso clínico	53
P07 - Bacteriemia como complicação grave de penfigóide bolhoso: relato de dois casos com desfecho fatal	53
P08 - Uso de anifrolumab em doentes com lúpus cutâneo refratário: relato de dois casos	54



CIRURGIA DERMATOLÓGICA	55
P09 - Excisão de carcinoma espinocelular e reconstrução do lábio superior com retalho de avanço mucocutâneo	55
P10 - Defeito da ponta do nariz – reconstrução com retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral	56
P11 - Defeito da pálpebra inferior – reconstrução com retalho miocutâneo pediculado “em ilha” do músculo nasal e orbicular do olho	56
P12 - Retalho de Yu Modificado para reconstrução de defeitos no lábio	57
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	57
P13 - Eritema multiforme exsudativo recorrente em idade pediátrica.....	57
P14 - Abscesso cutâneo pós-vacinação: uma apresentação rara da sensibilização ao alumínio.....	58
P15 - Mancha castanha plantar em criança de 10 anos: qual o diagnóstico?.....	59
P16 - Hiperplasia angiolióide com eosinofilia: uma apresentação incomum.....	59
P17 - Siringomas na criança	60
P18 - Língua preta num lactente	60
P19 - Lesão pigmentada atípica em adolescente: um caso de melanocitoma pigmentado epitelióide.....	61
P20 - Líquen escleroso extragenital isolado: um caso raro em idade pediátrica	61
P21 - Distrofia ungueal em um adolescente: nem tudo é onicomiose	62
P22 - “Pool palms”: uma dermatite friccional a reconhecer	63
P23 - Colagenoma eruptivo numa criança saudável	63
P24 - Dermatite Granulomatosa Periorificial da Infância: um caso inovador	64
HISTÓRIA DA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	64
P25 - Tovar de Lemos e o Serviço de Inspeção e Profilaxia das Doenças Venéreas nas Toleradas de Lisboa	64
INFECÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS	65
P26 - Doença de Hansen: erupção cutânea após iniciar Metotrexato e Leflunomida	65
P27 - Lesões Cutâneas no Doente Imunocomprometido: Éctima Gangrenoso ou Infiltração Tumoral?	66
P28 - Hepatite sífilítica: uma manifestação invulgar de sífilis secundária	66
P29 - Pápula Umbilicada Isolada em Dedo: Orf ou Mpox? Um Desafio Diagnóstico	67
P30 - Epidermodisplasia Verruciforme (EV) adquirida associada a infeção VIH.....	67
INFLAMATÓRIA	68
P31 - Pitíriase Rubra Pilar: Pistas para o Diagnóstico do Doente em Eritrodermia	68
P32 - Lesão pigmentada solitária: quando a dermatoscopia faz a diferença.	69
P33 - Adalimumab na Síndrome de Melkersson-Rosenthal	69
P34 - Fasceíte eosinofílica: uma causa incomum de espessamento cutâneo	70
P35 - Acne noduloquística grave tratada com dapsona.....	71
P36 - Rash de calor - um caso de miliária cristalina associado ao exercício físico.....	71
MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA	72
P37 - Nódulos alaranjados na região infraorbitária – qual é o diagnóstico?.....	72
P38 - Placa xantomatosa ou algo mais? O desafio da amiloidose nodular cutânea primária	72
P39 - Eritema induratum: a tuberculose como um diagnóstico diferencial.....	73
P40 - Histoplasmoze cutânea na doença avançada por HIV	73
P41 - O enigma do eritema anular centrífugo paraneoplásico revela um adenocarcinoma do pulmão oculto.....	74
P42 - Metástases cutâneas de carcinoma espinocelular laríngeo com diferenciação neuroendócrina	75
P43 - Metastização cutânea de neoplasia do cólon	75
P44 - Nódulos mamários como manifestação cutânea de linfoma não-Hodgkin	76
P45 - Vasculite reumatóide, uma complicação rara: relato de caso e da importância do papel do dermatologista	77
P46 - Placas anulares associadas a artrite reumatoide não controlada	77
P47 - Doença de Crohn: a outra grande imitadora	78
P48 - Nódulos eritematosos nas pernas de uma mulher	79
P49 - Púrpura palpável como manifestação inicial de vasculite IgA com envolvimento renal no adulto	79
P50 - O Diagnóstico de Eritema Elevatum Diutinum no Doente com Sarcoidose.....	80
P51 - Lupus pérmio – condição clínica potencialmente desfigurante e recalcitrante ao tratamento.....	80
P52 - Síndrome trófica do trigémio secundária a acidente vascular cerebral bulbar lateral	81
P53 - Síndrome de Sulzberger-Garbe em doente com Hepatite B	82
Ocupacional	83
P54 - Computer Palms – Uma Nova Dermatose Ocupacional [RETIRADO PELO AUTOR]	83
P55 - Perniose das coxas: não só equestre, mas como doença profissional.....	83
ONCOLOGIA	84
P56 - Melanoma amelanótico: um desafio diagnóstico	84
P57 - Melanoma do tipo nevo azul: uma variante rara e agressiva	85
P58 - Linfoma B difuso de grandes células cutâneo: quando o tempo é precioso	85
P59 - Úlcera de perna: apresentação incomum de linfoma cutâneo primário de grandes células B, tipo perna	86
P60 - Micose fungóide: apresentação em placa única	87
P61 - Tratamento de linfoma cutâneo primário de pequenas/médias células T CD4+ com administração de betametasona intralesional.....	87
P62 - Tumor facial: um desfecho inesperado.....	88



P63 - O benefício da ecografia na decisão terapêutica dos carcinomas basocelulares.....	88
PARASITOSE	89
P64 - Larva migrans generalizada: De localizações atípicas ao desafio terapêutico	89
PIGMENTAÇÃO.....	90
P65 - Lentiginose eruptiva em locais de placas de psoríase em resolução com Metotrexato	90
REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO.....	91
P66 - Colagenose perforante adquirida induzida pelo cetuximab	91
P67 - Dermatofibromas Eruptivos Múltiplos secundários a Adalimumab.....	91
P68 - Líquen plano inverso - efeito adverso inesperado num doente sob osimertinib.....	92
P69 - Síndrome de DRESS secundário a carbamazepina, confirmado por testes epicutâneos	93
P70 - Psoríase paradoxal induzida por infliximab: o papel da PUVAterapia oral na Pustulose palmo-plantar	93
P71 - Agravamento de psoríase vulgar secundária ao tratamento com Enzalutamida.....	94
P72 - Pseudo-pseudoxantoma elástico associado à penicilamina – uma entidade a reconhecer.....	95
TRICOLOGIA	95
P73 - Alopecia Areata: panorama da doença em Portugal	95
TUMOR BENIGNO	96
P74 - Quando MANIACo é sinónimo de benigno	96
P75 - Pápulas eritematosas agrupadas na perna de uma mulher de 75 anos – qual o seu diagnóstico?	97
P76 - Síndrome de Favre-Racouchot a mimetizar carcinoma espinocelular do couro cabeludo	97
P77 - Nódulo róseo no dorso da mão: apresentação de uma neoplasia cutânea invulgar	98
P78 - Neoplasia mesenquimatosa de células claras distintiva intradérmica.....	99
P79 - Siringomas eruptivos: um diagnóstico desafiante	99
P80 - Tumor glómico em localização atípica	100



Comunicações

INFLAMATÓRIA

C01 - Adalimumab no tratamento da hidradenite supurativa: experiência de um centro terciário

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹; B. Granja¹; G. Rosa¹; P. Matos¹; A. Cerejeira¹; M.J. Cruz^{1,2}; S. Magina^{1,2}; C. Lisboa^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³Departamento de Patologia e RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória cutânea frequentemente associada a várias comorbilidades. Apesar de ser uma das patologias dermatológicas com maior impacto na qualidade de vida, está descrito um atraso de 7-10 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. Existem diversas opções terapêuticas, sendo que o adalimumab foi o primeiro fármaco biológico a ser aprovado na HS moderada-grave.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com HS moderada-grave num hospital terciário, submetidos a tratamento com adalimumab. Foram recolhidos dados demográficos, características clínicas, terapêuticas prévias, resposta ao adalimumab e complicações.

Resultados: Foram incluídos 81 doentes (46 do sexo masculino, 56,8%) com idade mediana de 37 (14 – 65) anos. O tempo médio dos primeiros sintomas até ao diagnóstico foi 6,5 anos e do diagnóstico até ao início de adalimumab foi 2,9 anos. Excesso de peso ou obesidade foi registado em 67% dos doentes e 59,3% eram fumadores. História familiar de HS foi referida por 66,7% e 25,9% tinham história de quisto pilonidal. Antecedentes psiquiátricos estavam presentes em 13,6% doentes. Relativamente à localização da HS, 76,5% apresentavam doença inguinal/genital, 72,8% axilar, 42% perianal/perineal, 9,9% mamária e 6,2% em localização atípica. Previamente ao início do adalimumab, 97,5% dos doentes realizou antibioterapia oral e 39,5% já tinha sido submetido a cirurgia. Dos 81 doentes, 48 mantêm tratamento com adalimumab, com um período de 4 a 108 meses, 27 suspenderam por ausência de resposta, efeito lateral ou perda de resposta e 6 abandonaram a consulta.

Discussão: Os dados corroboram um atraso significativo no diagnóstico da HS e reforçam a relevância do excesso de peso e obesidade nesta população. Pelo facto de ter sido o primeiro biotecnológico aprovado nesta doença, a experiência clínica com o adalimumab é vasta e os dados colhidos reforçam o seu papel na abordagem da HS.

C02 - Risancizumab no tratamento da psoríase – dados de vida real de um centro terciário

Ana Ferreira¹, M. Pestana¹, J. Cabete¹, A. L. João¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

O risancizumab é um anticorpo monoclonal inibidor da interleucina-23 aprovado para o tratamento da psoríase vulgar moderada a grave após ensaios clínicos mostrarem excelente perfil de eficácia e segurança. Porém, os dados de vida real são essenciais para sustentar o seu uso na prática clínica. Realizou-se um estudo



observacional retrospectivo em doentes com psoríase tratados com risancizumab no serviço de Dermatovenereologia da ULS São José, com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança deste fármaco. Incluíram-se doentes adultos tratados entre 01/01/2020 e 31/05/2024 e com pelo menos 16 semanas de terapêutica. A eficácia foi avaliada com base nas reduções do PASI às 16 e ≥ 52 semanas, e a segurança pela monitorização de efeitos adversos.

Dos 128 doentes sob terapêutica, 114 foram elegíveis para análise. A mediana etária foi de 50 anos, com predomínio do sexo masculino (63,2%). A duração mediana da doença foi de 16 anos. Quanto ao subtipo de psoríase, 95,6% apresentavam psoríase vulgar, 9,6% palmo-plantar, 4,4% inversa, 4,4% gutata e 3,5% psoríase pustulosa. Adicionalmente, 36,8% tinham envolvimento do couro cabeludo, 22,8% do aparelho ungueal e 27,2% artrite psoriática concomitante. O risancizumab foi a primeira linha biotecnológica em 63 doentes e a segunda em 71%. Às 16 (n=101) e ≥ 52 semanas (n=97), alcançou-se PASI-75 em 89,1% e em 92,8%, PASI-90 em 71,3% e em 86,6% e PASI-100 em 61,4% e em 79,4% dos doentes, respetivamente. Observou-se resolução completa da psoríase do couro cabeludo em 95% dos casos, da psoríase palmoplantar em 54,5%, do envolvimento ungueal em 88,5% e da artrite em 67,7% dos doentes. Registaram-se 5 casos de falência primária e 17 casos de resposta incompleta, sem relato de efeitos adversos diretos. Este estudo confirma a elevada eficácia do risancizumab, bem como o seu favorável perfil de segurança no tratamento da psoríase moderada a grave na prática clínica.

C03 - Eficácia e segurança do Spesolimab no tratamento de *flares* da Psoríase Pustulosa Generalizada

Martim Luz¹, M. Alpalhão², J. Alves³, M. Ribeiro⁴, A.M. Silva³, C. Brito⁴, P. Filipe², T. Torres¹

¹ Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

² Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

³ Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

⁴ Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

A psoríase pustulosa generalizada (PPG) é uma doença autoimune rara e potencialmente fatal, caracterizada por *flares* recorrentes com desenvolvimento de eritema disseminado e pústulas estéreis em associação com sintomas sistémicos. O spesolimab, um anticorpo monoclonal humanizado anti-receptor de interleucina-36, emergiu recentemente como nova opção terapêutica para o tratamento da PPG. Neste trabalho procedemos a uma análise retrospectiva de doentes com *flare* de PPG tratados com spesolimab em quatro centros em Portugal, com o objectivo de avaliar eficácia e segurança do fármaco. Dados demográficos e clínicos relativos a cada doente foram recolhidos e analisados. Foram incluídos 4 doentes com diagnóstico confirmado de PPG, 75% (n=3) do sexo feminino e com idade média de 58.3 (+/- 26.4) anos. Em 75% dos casos (n=3) o episódio atual correspondeu à apresentação inaugural da doença. Todos os doentes incluídos apresentavam um generalized pustular psoriasis physician global assessment (GPPGA) ≥ 3 e um GPPGA *subscore* pústulas ≥ 2 , bem como sintomas sistémicos e elevação analítica de parâmetros inflamatórios. Na primeira semana após tratamento com spesolimab, constatou-se uma redução significativa das lesões cutâneas e dos marcadores analíticos de inflamação, observando-se em 75% dos casos (n=3) uma redução do GPPGA e em 100% dos casos (n=4) uma redução do GPPGA *subscore* pústulas de ≥ 2 pontos. Na semana 4, constatou-se que todos os doentes se encontravam em remissão clínica (GPPGA = 0). Apesar de na presente amostra não terem sido notificadas reações adversas, constatou-se no tempo de *follow-up* uma fatalidade (n=1 ou 25%) correspondente a um caso de endocardite por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina na semana 3 após tratamento com spesolimab, mas cuja relação causal direta com o fármaco não é conhecida. Assim, os dados obtidos sugerem que o spesolimab é uma opção terapêutica eficaz para o tratamento de *flares* da PPG, proporcionando rapidamente uma melhoria clínica marcada.



C04 - Evidência de vida real sobre o espaçamento de dose dos inibidores de IL-23 no tratamento da psoríase

Martim Luz¹, M. Caetano¹, T. Torres¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

Os inibidores da IL-23 desempenham um papel significativo na gestão da psoríase devido à sua elevada eficácia a longo prazo e perfil de segurança favorável. Evidência recente tem mostrado que, num subgrupo de pacientes, é possível estender o intervalo de administração dos inibidores da IL-23 mantendo a eficácia e reduzindo a frequência de administração, provavelmente devido ao seu impacto nas células T de memória residentes (Trm). Realizámos uma análise retrospectiva envolvendo 179 pacientes com psoríase, seguidos em dois centros no Porto, tratados com inibidores de IL-23, dos quais 101 pacientes mantiveram o intervalo de administração padrão e 78 foram submetidos a espaçamento de dose. As características dos pacientes, comorbilidades, duração da doença, PASI basal e resultados do tratamento foram recolhidos. Identificou-se uma prevalência superior de obesidade, hipertensão arterial, artrite psoriática, psoríase ungueal e exposição prévia a agentes biológicos no grupo que manteve o intervalo de administração padrão. O grupo que foi submetido ao espaçamento de dose mostrou uma resposta terapêutica superior e mais rápida, com uma proporção significativamente maior de doentes a atingir um *score* PASI de 0 na semana 12-16. Cinco pacientes voltaram ao intervalo de administração padrão devido ao agravamento ligeiro da psoríase. Assim, o espaçamento de dose dos inibidores de IL-23 parece ser uma estratégia eficaz para manter o controlo da doença em pacientes selecionados com psoríase, uma vez que esta abordagem pode reduzir o custo do tratamento sem comprometer a eficácia clínica.

C05 - Persistência em tratamento na vida real de terapêuticas avançadas na dermatite atópica: um estudo observacional internacional

José Miguel Alvarenga¹, J. Yeung², V. Prajapati³, S. Ribero⁴, A. Balato⁵, A. V. Marzano⁶, M.J. Cruz⁷, M.J.P. Lopes⁸, E. Lazaridou⁹, J.M. Carrascosa¹⁰, P. Farinha⁸, B. Duarte⁸, M. Caetano¹, S. Sood¹¹, B.D. Rankin³, M. Ortoncelli⁴, S. Caccavale⁵, S.M. Ferrucci¹², G.P. Rosa⁷, A. I. Daponte⁹, G. Silvi¹³, K. Peris¹⁴, N. Gori¹⁴, P. Herranz¹⁵, F. Prignano¹³, A. Kolios¹⁶, N. Rompoti¹⁷, S. Gkalpakiotis¹⁷, A. Chiricozzi¹⁴, T. Torres^{1,18}

¹Department of Dermatology, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

²Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

⁴Department of Medical Sciences, Dermatology Clinic, University of Turin, Turin, Italy

⁵Unit of Dermatology, University of Campania Luigi Vanvitelli, Naples, Italy

⁶Dermatology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

⁷Department of Dermatology, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

⁸Integrated Responsibility Center of Dermatovenereology, Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS São José, Lisboa, Portugal

⁹2nd Department of Dermatology-Venereology, Aristotle University School of Medicine, Thessaloniki, Greece

¹⁰Department of Dermatology, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain

¹¹Temerty Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Canada

¹²Dermatology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

¹³Department of Health Sciences Dermatology Section University of Florence, Italy

¹⁴Department of Dermatology, Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia Traslazionale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy



¹⁵Department of Dermatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid

¹⁶Department of Dermatology, Inselspital University Hospital of Bern, Bern, Switzerland

¹⁷Department of Dermatovenereology, University Hospital Kralovske Vinohrady and Third Faculty of Medicine, Charles University, Czech Republic

¹⁸Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal

Os fármacos biológicos e as pequenas moléculas demonstraram resultados promissores no tratamento da dermatite atópica (DA), associando-se a melhores perfis de segurança quando comparados com os imunossuppressores clássicos. A persistência em tratamento reflete a eficácia, segurança, tolerabilidade e adesão de uma determinada terapêutica, sendo um parâmetro de especial importância em doenças crónicas como a DA. No entanto, existe escassez de estudos multicêntricos com dados de vida real que comparem os diferentes tratamentos biológicos para a DA.

Este estudo de vida real, comparativo e multicêntrico internacional pretendeu avaliar a persistência em tratamento na DA. O estudo incluiu pacientes diagnosticados com DA, com idade ≥ 12 anos, tratados com dupilumab, upadacitinib ou tralokinumab, de 16 centros dermatológicos no Canadá, Chéquia, Espanha, Grécia, Itália, Portugal e Suíça. A persistência em tratamento foi analisada utilizando o método de Kaplan-Meier e o modelo de riscos proporcionais de Cox. Foi utilizada uma análise multivariável para avaliar potenciais associações com a persistência em tratamento. Qualquer descontinuação foi considerada como caso censurado.

A análise incluiu um total de 2038 tratamentos: 1546 (75,9%) sob dupilumab, 322 (15,8%) sob upadacitinib e 170 (8,3%) sob tralokinumab. O índice de gravidade e área de eczema (EASI) era significativamente superior no grupo do dupilumab ($24,3 \pm 14,3$ vs $17,1 \pm 11,5$ e $21,6 \pm 10,9$ nos grupos do upadacitinib e do tralokinumab, respetivamente). Aos 24 meses, a persistência em tratamento foi superior para o dupilumab (86,3%), seguindo-se o upadacitinib (78,7%) e, por fim, o tralokinumab (66,8%). Após a análise multivariável, o dupilumab manteve a maior percentagem de doentes sob tratamento, enquanto o género masculino se associou a descontinuação da terapêutica.

Apesar das limitações inerentes aos estudos retrospectivos e à heterogeneidade da amostra, o nosso estudo ressalva a elevada percentagem de doentes que mantém o tratamento aos 2 anos.

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

C06 - Doença de Hansen - Caracterização clínica e demográfica dos doentes da Consulta de Hansen do CHLC

Ana Ferreira¹, M. C. Fialho¹, B. F. Vilela, P. Simões Farinha, C. Valente, I. Aparício Martins, M. Brito Caldeira, M. Pestana, C. Fernandes

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

A doença de Hansen é uma infeção crónica causada pelo complexo *Mycobacterium leprae*, que afeta predominantemente a pele e o sistema nervoso periférico. Apesar de não se documentarem casos autóctones e a OMS considerar a doença eliminada em Portugal, o número de casos importados de zonas endémicas tem aumentado nos últimos anos, tornando o seu diagnóstico e seguimento um desafio clínico. A consulta de doença de Hansen do Serviço de Dermatologia do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC) acompanha doentes da região de Lisboa e Vale do Tejo e Sul de Portugal.



Realizou-se um estudo coorte retrospectivo, envolvendo doentes observados na consulta de doença de Hansen do HSAC, entre 01/01/2021 e 18/09/2024, com o objetivo de descrever a nossa experiência em Portugal, relatando as características demográficas, clínicas e as complicações desta coorte.

Durante o período do estudo, foram observados 57 doentes, dos quais 29 foram diagnosticados com doença de Hansen. A idade média dos doentes foi de 46,5 anos(mín.22-máx.93), com um predomínio do sexo masculino(55,7%). A naturalidade mais representativa foi o Brasil(58,6%), seguido de Cabo Verde(17,2%) e Angola(10,3%). A maioria residia no distrito de Lisboa(n=19), seguido do distrito de Faro(n=5). Dos casos diagnosticados, 26 foram novos casos e 3 foram recidivas, com uma média de 2,0 anos desde o início dos sintomas até ao diagnóstico(n=22). A forma multibacilar foi a mais prevalente(90,0%). Foram observadas reações tipo 1 em 27,6%, e tipo 2 em 17,2%, com 4 doentes a necessitar de internamento. Registaram-se complicações em 51,7% dos casos, com destaque para as complicações da neuropatia sensitiva(66,7%).

Este estudo apresenta e sensibiliza os profissionais para dados sobre a Doença de Hansen em Portugal, evidenciando a importância de manter uma vigilância ativa, devido ao aumento de casos não-autóctones com a globalização, mesmo num país onde a doença é considerada eliminada. Destaca-se também a importância do diagnóstico precoce e o tratamento atempado na minimização das complicações.

C07 - Úlcera Genital - o papel do teste de PCR na identificação etiológica

Beatriz F. Vilela¹, R. Côrte-Real², P. Farinha¹, A. L. João¹, C. Fernandes¹, J. M. Neves¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS São José, Lisboa

²Serviço de Patologia Clínica, Biologia Molecular, Hospital de São José, ULS São José, Lisboa

A úlcera genital é uma manifestação frequente de diversas infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a correta identificação dos agentes etiológicos é essencial para um tratamento adequado. Este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de diferentes agentes infecciosos em úlceras genitais, utilizando o teste Genital Ulcer Assay, Allplex™ - um ensaio de multiplex-PCR em tempo real para a deteção em simultâneo dos vírus *Herpes simplex* tipo 1 (HSV-1), *Herpes simplex* tipo 2 (HSV-2), *Haemophilus ducreyi*, Citomegalovírus (CMV), *Lymphogranuloma venereum* (*Chlamydia trachomatis* Serovar L), *Treponema pallidum* e vírus Varicella-zoster.

Foram analisadas 193 amostras colhidas em consulta de ISTs (sexo masculino 89,64%, n=173) entre janeiro e agosto de 2024.

Os resultados mostram que o agente mais prevalente foi o HSV-2, detetado em 24,35% das amostras (n=47), seguido pelo *Treponema pallidum* com uma prevalência de 22,28% (n=43). *Chlamydia trachomatis* (LGV) foi detetada em 8,81% (n=17) e o HSV-1 foi identificado em 5,18% das amostras (n=10). Relativamente aos agentes menos prevalentes foram identificados 2 casos de CMV e 1 caso de *Varicella zoster*. Co-ocorrências foram observadas em 6 amostras (3,1%) e 40,93% (n=79) das amostras não apresentaram nenhum agente detetável.

Relativamente às amostras em que o *Treponema pallidum* foi identificado destaca-se que em 30,23% (n=13) o teste serológico não treponémico (VDRL/RPR) foi negativo, realçando a importância da pesquisa por PCR deste agente etiológico.

Os dados sugerem que o HSV-2 é o principal causador de úlceras genitais na população estudada, o que está de acordo com a literatura publicada. A prevalência de *Treponema pallidum* demonstra a importância deste método de diagnóstico na fase de acidente primário. Estes resultados reforçam a necessidade de um diagnóstico laboratorial completo para garantir tratamentos mais eficazes e dirigidos.



C08 - Diagnóstico Recente de Sífilis em Centro Terciário em 2024: Perfil Epidemiológico e Implicações na Prevenção da Sífilis Congénita

Pedro Simões Farinha¹, B. Vilela¹, M.V. Matos², A.L. João¹, J. Neves¹, C. Fernandes¹

¹ULS São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia

²ULS São José, Hospital São José, Serviço de Patologia Clínica

Introdução:

A sífilis, uma infeção sexualmente transmissível, tem registado um ressurgimento significativo, com impacto no aumento da sífilis congénita. Portugal é um dos países da Europa com maior número de casos de sífilis congénita. Em 2022, foram reportados 14 casos, destacando a urgência de identificar precocemente grávidas infetadas para prevenir a transmissão vertical. Este estudo caracteriza os diagnósticos de sífilis num centro terciário em 2024, com enfoque nas características demográficas das doentes, contribuindo para a definição de estratégias preventivas.

Métodos:

Estudo transversal descritivo, baseado em registos clínicos de 472 doentes testadas para sífilis em 2024. Os casos positivos foram identificados e confirmados serologicamente, com teste treponémico positivo (TPHA), precedido ou seguido de teste não treponémico (VDRL), ou pela deteção de PCR de *Treponema pallidum* em lesão primária. Foram analisadas variáveis como idade, orientação sexual, número de contactos sexuais e apresentação clínica.

Resultados:

A incidência de sífilis foi de 5,51% (26/472). A média de idades das doentes foi de 28 anos (16-47 anos). A maioria dos casos ocorreu em mulheres que têm sexo com homens (92%). O número de parceiros sexuais mais comum foi de 1, com uma média de 1,52 parceiros nos últimos 12 meses. Dos 26 casos, 3 (11,5%) foram de sífilis primária, 3 (11,5%) de sífilis secundária e 13 (50%) de sífilis latente. A maior parte dos diagnósticos foi realizada em doentes assintomáticas (20 casos, 76,9%), sendo a maioria identificada através de rastreio oportunista ou por contacto positivo.

Conclusão:

Este estudo destaca a elevada proporção de casos assintomáticos, reforçando a importância do rastreio. A deteção precoce, especialmente em mulheres em idade fértil, é essencial para prevenir a sífilis congénita. Não foram identificados fatores de risco evidentes, uma vez que as doentes eram, em geral, jovens, com poucos parceiros e comportamentos de risco mínimos. Assim, as estratégias de saúde pública devem ser otimizadas para garantir rastreios mais eficazes, sobretudo em contextos oportunistas e no seguimento de contactos de casos positivos.

C09 - Parvovírus - um grande imitador na Dermatologia

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, I. Soares^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, F. S. Monteiro^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

O parvovírus é o agente etiológico da 5ª doença, conhecida por eritema infecioso ou doença da cara esbofetada. Infeta apenas humanos e, apesar de quase sempre benigno, pode causar crises aplásicas em determinadas anemias crónicas, hidropsia fetal, poliartralgias e síndrome papulo-púrpúricas em luvas e meias (SPPLM) em adultos jovens.



Apresentemos 3 casos clínicos:

1. Rapariga de 19 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência de Dermatologia (SUD) por exantema maculopapular pruriginoso acantonado às pregas. Foi internada com a hipótese diagnóstica de SDRIFE. Negava história de toma de quaisquer fármacos ou suplementos. Ao longo do internamento, verificou-se evolução da dermatose para eritema das mãos com limite bem definido na região dos punhos. Colocou-se nesta altura a hipótese SPPLM e foram pedidas serologias virais, sendo que o IgM parvovírus veio positivo e o IgG negativo, confirmando a hipótese diagnóstica. A dermatose teve uma resolução espontânea total em 10 dias.

2. Rapaz de 19 anos, saudável, recorre ao SUD por dermatose assintomática há dois dias. Referiu episódio de gastroenterite uma semana antes. Apresentava-se febril, com exantema maculopapular purpúrico disseminado pelo tegumento afetando palmas e plantas e com eritema e descamação periorifical. Da avaliação laboratorial destacava-se trombocitopenia. Colocou-se a hipótese diagnóstica de exantema viral. Constatou-se resolução total da dermatose numa semana. As serologias IgM e IgG parvovírus vieram positivas uma semana depois.

2. Rapaz de 16 anos, saudável, recorreu ao SUD com exantema maculopapular purpúrico disseminado pelo tegumento com afeção palmo-plantar, descamação periorifical, mal-estar geral e febril. Foi internado com a hipótese diagnóstica de exantema viral. As serologias vieram inicialmente IgM parvovírus positivo e IgG parvovírus negativo com posterior conversão.

Estes casos alertam para a heterogeneidade de apresentação clínica do parvovírus em adolescentes e jovens adultos, tornando-o um desafio diagnóstico e para o seu bom prognóstico independentemente da apresentação.

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

C10 - Toxicidades dermatológicas associadas a fármacos oncológicos: análise da consulta da ULS São João

Bárbara Vieira Granja^{1,2}, N. Preto Gomes³, P. Rolo de Matos¹, G. Pires da Rosa¹, F. Azevedo¹, S. Magina^{1,2}

¹Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal

²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Portugal

Introdução: Os fármacos sistémicos são administrados em aproximadamente 65% de todos os doentes oncológicos e aqueles mais frequentemente associados a efeitos adversos (EAs) dermatológicos incluem a quimioterapia citotóxica, imunoterapia, terapias alvo e hormonais. A frequência dos EAs dermatológicos varia de acordo com o fármaco administrado e com o tipo de tumor. Embora a maioria dos EAs dermatológicos sejam classificados em graus 1 e 2 de gravidade, a sua cronicidade e sintomatologia associada resultam na necessidade de adotar medidas preventivas e/ou tratamentos dirigidos.

Objetivo do estudo: Este estudo tem como objetivo caracterizar a consulta de Reações Adversas a Fármacos Oncológicos da Unidade Local de Saúde São João.

Métodos: Realizamos uma análise retrospectiva de todos doentes com neoplasia e suspeita de EAs dermatológicos secundários a tratamentos oncológicos, avaliados na consulta de Reações Adversas a Fármacos Oncológicos da Unidade Local de Saúde São João, no período compreendido entre junho de 2019 e junho de 2024. Foram excluídos os doentes avaliados por suspeita de EAs dermatológicos decorrentes de



patologias benignas ou que apresentavam uma resolução completa da dermatose à data da consulta. Os doentes elegíveis foram identificados a partir dos registos clínicos.

Resultados: Foram incluídos 123 doentes, dos quais 74 (60,2%) pertenciam ao sexo masculino. A média de idade foi de 65,3 ($\pm$ 14,0) anos, com um mínimo de 25 anos e um máximo de 91 anos. A neoplasia primária mais frequente correspondeu ao adenocarcinoma do pulmão (39,8%), seguido pelo adenocarcinoma da mama (9,8%), leucemia mielocítica crónica (5,7%) e adenocarcinoma do cólon (5,7%). 85,3% apresentavam metastização à distância (estadio IV). Foi confirmado o diagnóstico de toxicidade cutânea secundária a tratamentos oncológicos em 48,8% dos doentes. Os restantes (51,2%) foram diagnosticados com diversas dermatoses não secundárias aos fármacos antineoplásicos. Durante a marcha diagnóstica foram realizadas biópsias cutâneas em 7,3% dos doentes. Os EAs dermatológicos associados aos tratamentos oncológicos mais frequentemente observados corresponderam ao exantema acneiforme (13,0%), paroníquia (13,0%), exantema maculopapular (6,5%) e o prurido generalizado (4,1%); a maioria foram classificados em graus 1 e 2 de gravidade pela escala NTCAE 5.0. O tempo médio entre o início do fármaco e as manifestações cutâneas foi de 50,9 dias $\pm$ 35,7 (14-180) dias. Os grupos de fármacos mais frequentemente associados a toxicidade cutânea foram os inibidores do recetor do fator de crescimento epidérmico (38,3%) e os inibidores do checkpoint imunológico (28,3%). O tratamento baseou-se sobretudo em corticóides tópicos e/ou orais. Após discussão com a equipa de oncologia, houve necessidade de redução da posologia, suspensão temporária e total do fármaco em questão em 6,6%, 13,1% e 11,5% dos casos, respetivamente. Dos doentes com diagnóstico confirmado de toxicidade cutânea secundária aos tratamentos oncológicos verificou-se uma melhoria da qualidade de vida e da dermatose em 96,6% dos casos.

Conclusão: Os EAs dermatológicos inerentes aos tratamentos antineoplásicos podem condicionar interrupção ou descontinuação dos mesmos, com consequente impacto no prognóstico dos doentes oncológicos. A Dermatologia contribui para uma melhor e mais célere marcha e acuidade diagnósticas, otimização da gestão do tratamento, beneficiando a qualidade de vida destes doentes.

ALERGIA CUTÂNEA

C11 - Testes epicutâneos em doentes com falência de artroplastias - estudo retrospectivo de cinco anos

Catarina Cerqueira¹, C. M. Nogueira¹, M. Ribeiro¹, T. M. Pereira¹, C.P. Araújo¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A falência de artroplastias por hipersensibilidade a metais é um tópico controverso na cirurgia ortopédica, existindo poucos estudos sobre este tópico na literatura. Estima-se que ocorra entre 1 a 5% dos doentes e os metais sensibilizantes mais comuns são o níquel, o cobalto e o cromo.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes que realizaram artroplastias totais, submetidos a testes epicutâneos por suspeita de hipersensibilidade a metais, nos últimos cinco anos. Efetuaram-se testes com a bateria padrão do Grupo Português de Estudo das Dermite de Contacto e as baterias complementares de metais, acrilatos/metacrilatos e antibióticos tópicos.

Resultados: Foram testados 33 doentes entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023: 32 submetidos a artroplastias do joelho e 1 da anca. A média de idades foi de 67 anos e 26 doentes eram do sexo feminino. A sintomatologia apareceu entre 2 e 29 meses após a cirurgia, sendo que a maioria dos doentes apresentava limitação funcional (n=26) e dor (n=29). Treze doentes apresentaram positividade a metais – 5 obtiveram positividade ao níquel, 5 ao manganês, 4 ao titânio, 3 ao cobalto e 2 ao vanádio. Sete doentes realizaram



cirurgia de revisão com substituição por próteses hipoalergénicas, com melhoria dos sintomas e sinais inflamatórios enquanto 3 doentes aguardam cirurgia de revisão.

Discussão: Esta revisão mostrou a importância da realização de testes epicutâneos nos doentes com falência clínica de artroplastias e suspeita de hipersensibilidade a metais. Observou-se melhoria das queixas e dos sinais inflamatórios em todos os doentes com sensibilização aos constituintes das artroplastias, que realizaram cirurgia de revisão com substituição da prótese. A realização de testes epicutâneos previamente à cirurgia em doentes com história de hipersensibilidade a metais pode ajudar a identificar os pacientes em risco, embora sejam necessários mais estudos para validar esta prática.

CICATRIZAÇÃO

C12 - Impacto da úlcera de perna na população em idade ativa - absentismo e repercussão financeira

Maria Cristina Fialho¹, A. Ferreira¹, J. Cabete^{1,2}

¹Serviço de Dermato-venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal

²Departamento de Dermato-venereologia, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A prevalência da úlcera de perna (UP) aumenta com a idade, porém afeta um número significativo de indivíduos em idade ativa, constituindo muitas vezes quadros com início na idade adulta e vários anos de evolução. O impacto laboral, conduzindo a absentismo e até mesmo desemprego, repercute-se a nível financeiro e é um tema relevante a ser estudado e abordado nesta população.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo incluindo doentes com UP em idade ativa, observados em consulta de UP entre janeiro de 2022 a junho de 2024. Excluíram-se aqueles com absentismo, desemprego ou reforma precoce por outra causa que não a UP. Foram recolhidos dados clínicos sobre cuidados de penso e atividade laboral e aplicado o questionário *work productivity and activity impairment questionnaire general health version 2* (WPAI-GH) (versão portuguesa).

Resultados: Sete doentes foram excluídos por estarem reformados/desempregados por outra razão, pelo que se incluíram 24 doentes na análise final. Treze (54%) eram mulheres, com uma idade média de $52,3 \pm 11,0$ anos. As UP tinham um tempo médio de evolução de $11,0 \pm 11,9$ anos e 19 (79%) eram recidivantes. Onze (46%) doentes estavam reformados ou desempregados em relação com a UP. Dez (42%) referiram redução dos rendimentos mensais desde o aparecimento da UP. Os doentes empregados faltaram uma média de $123,3 \pm 155,2$ dias no último ano, tendo 3 doentes certificado de incapacidade temporária há um ano ou mais.

Discussão: A UP associou-se a incapacidade para o trabalho e perda de rendimentos em cerca de metade da nossa população em idade ativa. A maioria correspondia a quadros com vários anos de evolução. Ao estabelecer planos de tratamento mais precoces e eficazes, poderemos reduzir o tempo total de tratamento, contribuindo para uma diminuição da incapacidade temporária para o trabalho.

CIRURGIA DERMATOLÓGICA

C13 - Retalho de transposição bilobado extra-nasal – uma série de casos

Bárbara Vieira Granja^{1,2}, C. Marques³



¹Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal

²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução: O retalho bilobado é um retalho local de transposição, foi descrito pela primeira vez em 1918 por Esser para a reconstrução de defeitos cirúrgicos da ponta do nariz. A técnica originalmente descrita utiliza um arco de rotação de 180º, com consequente risco de compromisso da viabilidade do retalho, deformidade da base do pedículo e, por vezes, necessidade de múltiplas revisões cirúrgicas. Em 1989, Zitelli descreveu a limitação do arco de rotação total para 90-100º e incluiu a excisão de um triângulo de Burow no ponto de rotação. A diminuição do arco de rotação permite diminuir a tensão, com melhores resultados cosméticos. Esta é a modificação mais comumente utilizada atualmente. O sucesso e versatilidade do retalho de transposição bilobado é largamente reconhecido em defeitos cirúrgicos do nariz, contudo o seu uso em reconstruções extra-nasais é menos frequente.

Série de Casos: Apresentamos quinze casos clínicos em que o retalho de transposição bilobado foi utilizado na reconstrução de defeitos cirúrgicos extra-nasais com elevada taxa de sucesso. As localizações anatómicas correspondem à mão (n= 6), pé (n=1), pavilhão auricular e regiões peri-auriculares (n=3), mento (n=2) e região temporal (n=3). Os defeitos cirúrgicos são de média a grandes dimensões, cujos diâmetros máximos variam entre 20 e 55 mm. Todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados num só tempo operatório. Não se verificaram complicações, exceto num retalho do dorso da mão em que existiu necrose parcial com posterior encerramento por segunda intenção. Obtiveram-se bons resultados funcionais e estéticos em todos os doentes.

Discussão: O retalho de transposição bilobado é muito versátil, e apesar de frequentemente associado à reconstrução nasal, pode ser aplicado em várias localizações anatómicas. Apresenta como vantagens a recriação dos contornos anatómicos, a manutenção da integridade de áreas dinâmicas e o acesso a áreas distantes de tecido redundante. As complicações são raras e obstrução linfática, efeito de tenda, contração da cicatriz.

C14 - Cirurgia micrográfica de Mohs: experiência de 11.5 anos no Hospital de Egas Moniz

Cristina Gonçalves Castro¹; G. Catorze¹; L.M. Labareda¹; A. M Catarino¹; L. Silva¹; A. G Palmeiro¹; R. Sampaio²; R. Bajanca¹; I. Viana¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

Introdução: A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é um procedimento utilizado na abordagem cirúrgica de neoplasias malignas cutâneas, principalmente carcinomas basocelulares e espinocelulares de alto risco, em localizações de difícil avaliação de margens e onde releva minimizar o tecido excisado. Neste método, as margens cirúrgicas são avaliadas intra-operatoriamente com recurso a cortes de congelação a fresco, permitindo uma avaliação em tempo real e fidedigna dos limites tumorais, visando encerramento da ferida cirúrgica e reconstrução num só tempo cirúrgico.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes submetidos a CMM no Hospital de Egas Moniz ao longo de 138 meses, de julho de 2012 a dezembro de 2023.

Resultados: Foram incluídos 1474 doentes, com uma idade média e mediana de 72 e 73 anos, respetivamente. A maioria dos doentes era acompanhado em consulta dermatológica no hospital (62.6%), 29.7% foram referenciados por outros hospitais e 7.7% provinham de clínicas privadas. O carcinoma



basocelular foi o diagnóstico mais prevalente (89.8%), seguido do carcinoma espinocelular (5.8%). Os tumores primários foram mais frequentes (71.2%), seguidos das recidivas (16.8%). A face foi a localização mais prevalente (91.9%), particularmente a região nasal (46.9%). Em média, foram realizados 1.47 estádios por doente, sendo que em 901 (61.1%) procedimentos careceram de um só estágio, destacando-se um total de 21 recidivas (1.4%). O encerramento do defeito cirúrgico deu-se com sutura direta ou por planos em 49.7%, com retalho 28.1%, enxerto de pele total em 15.2% e por segunda intenção em 7.0%.

Discussão: Os dados provenientes deste estudo com duração de 11.5 anos remetem para a elevada eficácia da cirurgia micrográfica de Mohs no tratamento de neoplasias cutâneas, associando-se a baixas taxas de recidiva. Este método cirúrgico permite a confirmação *in loco* de excisão tumoral completa que possibilita, consequentemente, exérese de menor quantidade de tecido e um melhor resultado estético e funcional.

C15 - Técnica de *spaghetti*: experiência do Hospital de Egas Moniz

Cristina Gonçalves Castro¹; G. Catorze¹, A. M. Catarino¹; A. G. Palmeiro¹; M. M. Carvalho¹; R. Sampaio²; R. Bajanca¹; I. Viana¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

Introdução: A técnica de *spaghetti* (TS) é utilizada no controlo de margens tumorais no contexto de melanoma lentiginoso, nomeadamente lentigo maligno (LM) e melanoma acrolentiginoso (MAL), cujas lesões frequentemente apresentam limites mal definidos e ocorrem em áreas relevância estética e funcional, como a face e regiões acrais. Esta técnica visa avaliar as margens tumorais através da excisão em banda de tecido peri-lesional com encerramento direto, permitindo poupar tecido e evitar complicações associadas a encerramento diferido. Após determinação de margens livres de tumor, segue-se a excisão completa do tumor e reconstrução do defeito.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes submetidos à técnica de *spaghetti* no Hospital de Egas Moniz, de março de 2022 a agosto de 2024.

Resultados: Foram incluídos 5 doentes com idade média de 76 anos, dos quais 4 (80%) eram do sexo feminino. O diagnóstico histopatológico foi de LM *in situ* em 2 (40%), LM melanoma em 2 (40%) e MAL em 1 caso (20%). Identificaram-se margens positivas em 80% no primeiro estágio. Dos 4 diagnósticos de LM, 3 eram localizados à região geniana e 1 ao dorso nasal. O encerramento do defeito cirúrgico após exérese alargada deu-se através de sutura direta (1), retalho em ilha (1) e 3 doentes foram encaminhados para Cirurgia Plástica. Numa média de seguimento de 11.6 meses, não ocorreram recidivas.

Discussão: A TS minimiza o impacto funcional e complicações associadas ao encerramento tardio do defeito cirúrgico, assegura margens livres e minimiza o risco de recidiva. A presente análise corrobora a pertinência desta técnica, pois em 80% dos doentes foi necessário mais que 1 estágio para obtenção de margens livres que, clinicamente, seriam consideradas negativas. Ainda, esta técnica pode ser realizada por equipas cirúrgicas menos diferenciadas e sem experiência em cirurgia micrográfica de Mohs, pelo que é um procedimento a considerar nesta situação.

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

C16 - Lúpus eritematoso neonatal num hospital terciário: a propósito de um caso clínico

Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹, M. Pupo Correia¹, F.S Monteiro¹, I.T Abreu¹, P.de Vasconcelos¹, G. Silva¹, L.Souares-de-Almeida^{1,2}, A. Dias Curado³, A. P. Costa Reis⁴, P. Filipe^{1,2}, S. Fernandes^{1,2}, C. Tapadinhas^{1,2}



¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

³Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁴Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

O lúpus eritematoso neonatal (LEN) é uma doença aloimune rara que ocorre em crianças nascidas de mães com doenças autoimunes como síndrome de Sjogren e LES. As manifestações clínicas são variadas sendo as lesões cutâneas uma das mais frequentes. Aquando do diagnóstico, o objetivo é exclusão de complicações potencialmente fatais como o envolvimento cardíaco.

Apresentamos o caso de um recém-nascido, do sexo masculino, saudável, com 28 dias de vida e fotótipo IV, encaminhado ao serviço de urgência de Dermatologia pelo Pediatra assistente, por surgimento de pápulas e placas eritematosas circulares distribuídas no couro cabeludo, tronco, membros inferiores e planta dos pés. Os pais negavam prurido e referiam que as lesões teriam surgido gradualmente ao longo da semana anterior. Na história familiar foi identificada a presença de síndrome de Sjögren na mãe e tratada com hidroxycloquina 400mg/dia. Devido às manifestações cutâneas atípicas, foi realizada biópsia cutânea cujo resultado foi compatível com Lupus Eritematoso. Os exames complementares, anti-Ro/SSA e anti-La/SSB positivo, sem alterações hematológicas ou hepáticas. O ECG não demonstrou sinais de BAV. Com base nestes achados foi diagnosticado LEN com manifestações atípicas, sem envolvimento sistémico. Perante este caso, realizámos uma revisão dos casos de LEN Tendo em conta o caso clínico fomos rever os casos de LEN com recurso a biópsia cutânea no nosso hospital nos últimos 30 anos. Dos quatro casos diagnosticados, metade eram RN do sexo masculino, com idade média de 48 dias de vida. Dois terços dos doentes apresentavam positividade para anti-SSA e anti-SSB e nenhum deles apresentou alterações eletrocardiográficas. Metade das mães com doença autoimune diagnosticada no período pré-natal. Esta revisão destaca a importância do diagnóstico de lúpus neonatal em recém-nascidos de mães com anticorpos positivos, além de refletir a raridade da doença com apenas 4 casos diagnosticados com recurso a biópsia cutânea em trinta anos.

ONCOLOGIA

C17 - Sarcoma de Kaposi - estudo retrospectivo de 10 anos num hospital terciário

Inês Pereira Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Abreu^{1,2}, F. Monteiro^{1,2}, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia endotelial rara, associada à infeção pelo vírus herpes humano 8, que afeta predominantemente a pele e mucosas, com grande variabilidade epidemiológica e clínica. As quatro variantes principais são: clássica, endémica, epidémica e iatrogénica.

Neste estudo retrospectivo, analisamos todos os casos de sarcoma de Kaposi diagnosticados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2023 no Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde Santa Maria. Foram identificados 113 doentes, dos quais 92 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idades entre 27 e 97 anos (média de 59 anos).

A variante epidémica, associada à infeção por VIH, foi a mais prevalente (n=51; 45,1%), seguida da clássica (n=25; 22,1%), endémica (n= 23; 20,4%), e iatrogénica (n=14; 13,4%). A maioria dos doentes (n=65; 57,5%) eram imunocomprometidos: 51 com infeção por VIH, 7 transplantados renais, 3 a realizar quimioterapia, e 3 em corticoterapia crónica.



As lesões cutâneas manifestaram-se sobretudo como tumores ou nódulos (65,5%), seguidas da forma de placa. A distribuição predominante das lesões surgiram foi nos membros inferiores (67,3%), com 20 doentes com lesões disseminadas. O envolvimento extracutâneo ocorreu em 17,7% dos casos, dos quais 90% estavam imunossuprimidos, especialmente devido à infeção por VIH.

A maioria dos doentes foi submetido a terapêuticas locais, nomeadamente excisão cirúrgica e radioterapia. Terapêuticas sistémicas, como antirretrovirais, doxorrubicina e paclitaxel, foram iniciadas como primeira-linha em 54,9% dos casos. A mortalidade global foi de 29,2%, mas a mortalidade diretamente relacionada com o sarcoma de Kaposi foi muito baixa.

Os dados apresentados estão em consonância com a literatura internacional, embora em Portugal, pareça haver uma maior prevalência da variante epidémica.

Apresentamos uma base de dados robusta, permitindo uma análise detalhada das características clínicas, histopatológicas e tratamentos dos doentes com sarcoma de Kaposi em Portugal.

C18 - Sarcoma de Kaposi: um estudo retrospectivo de 15 anos num hospital terciário

Hugo J. Leme¹, J. A. Ramos¹, A. M. Silva¹, A. I. Gouveia¹, J. Alves^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa associada ao herpes vírus humano 8 (HHV 8). Os humanos são os hospedeiros naturais do HHV 8, que se transmite principalmente pela saliva e pelo contacto sexual. O diagnóstico do SK baseia-se nas características clínicas, com confirmação histológica e imunohistoquímica. Existem 4 subtipos difundidos de SK, que são histologicamente indistinguíveis, mas diferem na epidemiologia e prognóstico, onde se inserem o clássico, endémico, iatrogénico e epidémico ou associado ao HIV.

A idade ao diagnóstico, distribuição cutânea e a gravidade clínica dependem do subtipo de SK, tendo a variante clássica um curso mais indolente com evolução crónica e os subtipos iatrogénico e epidémico um comportamento mais agressivo. O tratamento tem como objetivo o controlo da doença, recorrendo a terapêuticas locais ou sistémicas ajustadas ao subtipo e à distribuição e disseminação das lesões.

Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e observacional que incluiu os doentes diagnosticados com Sarcoma de Kaposi no Hospital Garcia de Orta entre março de 2009 e de 2024. A recolha de dados versou sobre as características clínicas e demográficas dos doentes, o local de referência e o tempo até ao diagnóstico. Neste período temporal foram incluídos 55 doentes, sendo 43 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, com uma idade média ao diagnóstico de 63,55 anos. O subtipo mais frequente foi o clássico. Com base em análise estatística utilizando o programa SPSS, este estudo tem como objetivo interpretar as diferenças clínicas dos vários subtipos de SK, tendo em conta as variações demográficas atuais e a introdução e disseminação de novas modalidades terapêuticas.

TRICOLOGIA

C19 - Tofacitinib na Alopecia Areata – Experiência de um Centro

Carlos M. Nogueira¹, C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, G. Lopes¹, M. J. Guimarães¹, S. Lopes¹, C. Araújo¹, J. Gomes¹, C. Macedo¹, A. P. Vieira¹, T. Pereira¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga



Introdução: A alopecia areata (AA) é uma doença autoimune frequente, com grande impacto na qualidade de vida. Recentemente, foi demonstrado o benefício dos inibidores orais das cinases Janus (JAK) na AA, levando à aprovação do tratamento com baricitinib e ritlecitinib. O tofacitinib é um inibidor da JAK 1/3 usado *off-label* em várias dermatoses, incluindo a AA. Apesar da eficácia destes fármacos, o seu uso continua limitado, em parte por relatos de risco aumentado de eventos cardiovasculares e tromboembólicos.

Objetivo: Avaliar a eficácia e efeitos adversos do tofacitinib no tratamento da alopecia areata.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de doentes com AA tratados com tofacitinib oral no Hospital de Braga desde 2020. A gravidade da doença foi avaliada através do *Severity of Alopecia Tool* (SALT). Os efeitos adversos foram avaliados através de monitorização clínica e laboratorial.

Resultados: Foram tratados 22 doentes, 12 do sexo feminino. As idades variavam entre 11 e 60 anos (mediana de 30,5), com nove doentes pediátricos; 12 doentes apresentavam doença universal e três ofiásica; dez casos tinham pelo menos dez anos de evolução da doença. Com o tratamento, 11 doentes atingiram e mantêm SALT 0 no final do seguimento. Uma duração de doença inferior a dez anos não se associou positivamente a atingir SALT 0. Após 8-12 meses de tratamento, a variação percentual média da escala SALT foi 43,3% (desvio-padrão 34,8). Os efeitos adversos foram ligeiros e maioritariamente autolimitados. Apenas dois doentes suspenderam o tratamento, por ausência de resposta.

Conclusão: Os resultados desta série corroboram a eficácia do tofacitinib na AA, com uma proporção significativa de doentes a atingir SALT 0 e a maioria com algum grau de resposta. Adicionalmente, os efeitos adversos detetados foram ligeiros e nunca implicaram a suspensão do tratamento. O tofacitinib parece ser um tratamento eficaz na AA, com um bom perfil de segurança.

C20 - Tratamento da Alopecia Areata com Inibidores de Janus Cinase: Dados do Mundo Real de um Centro Terciário.

Pedro Simões Farinha¹, C. Fialho¹, E. Marques¹, B. Duarte¹, A.L. João¹, J. Cabete¹, N. Cunha¹, M.J. Paiva Lopes¹

¹ULS São José com Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia

Introdução:

A alopecia areata (AA) é uma alopecia não cicatricial autoimune, frequente, que pode afetar indivíduos de qualquer idade. A perda do imunoprivilégio dos folículos capilares, mediada por linfócitos T CD8+ e células NK, está na origem da doença. Os tratamentos sistémicos clássicos são muitas vezes ineficazes e mal tolerados. Recentemente, os inibidores da Janus Cinase (JAKi), como tofacitinib e baricitinib, surgiram como opções promissoras para casos graves, mas faltam dados sobre a sua eficácia e segurança em contexto clínico real. Este estudo visa avaliar a eficácia e segurança do tofacitinib e baricitinib em doentes com AA grave.

Métodos:

Foi realizada uma análise retrospectiva de registos clínicos de doentes com AA grave tratados com JAKi num centro de referência terciário entre janeiro de 2021 e junho de 2024, com um mínimo de 3 meses de follow-up. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos, bem como duração do tratamento e efeitos adversos. O endpoint primário foi a redução do SALT Score (*Severity of Alopecia Tool*) aos 12 meses. Endpoints secundários incluíram o reponte ciliar/supraciliar e a ocorrência de eventos adversos.

Resultados:

Foram incluídos 24 doentes com AA grave, dos quais 18 (75%) tratados com tofacitinib e 6 (25%) com baricitinib. A média de idade foi de 37,3 anos e o tempo médio de tratamento de 650 dias. O SALT Score inicial médio foi de 85. A resposta parcial ocorreu, em média, aos 3,17 meses, com 23 doentes (95,8%) a apresentarem resposta parcial aos 3 meses. Aos 12 meses, 12 dos 17 doentes avaliados (70,6%) atingiram um SALT ≤ 20. O tofacitinib proporcionou respostas mais rápidas e atingiu o endpoint primário em mais



doentes comparado com o baricitinib. Dez doentes (41,7%) relataram eventos adversos ligeiros (foliculite, infeções urinárias, intolerância gastrointestinal) e 7 (29,2%) apresentaram alterações analíticas ligeiras (hipertrigliceridémia, hipercolesterolemia e elevação de transaminases). Dois doentes suspenderam o tratamento por falência primária e 1 perdeu seguimento.

Conclusão:

O tofacitinib e o baricitinib foram eficazes no tratamento da AA grave, com boa tolerabilidade e perfil de segurança favorável.

Casos Clínicos

GENODERMATOSE

CC01 - Epidermólise Bolhosa Pré-tibial: Novas mutações no gene *COL7A1* em heterozigotia composta

Joana Vieitez-Frade^{1,2}, J Ferreira^{1,2,3}, B Tomaz⁴, A Travessa⁵, P Vasconcelos¹, L Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

³Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

²Serviço de Hematologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

³Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

⁴Instituto Gulbenkian de Ciência (IGC), Rua da Quinta Grande, 6, 2780-156 Oeiras, Portugal.

⁵Serviço de , Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

A Epidermólise Bolhosa Pré-tibial é um subtipo raro e uma de Epidermólise Bolhosa Distrófica, caracterizado pela formação de bolhas e cicatrizes induzidas por trauma, localizadas preferencialmente na região pré-tibial. Esta entidade é provocada por mutações no gene *COL7A1*, que codifica o colagénio tipo VII, sendo ainda poucos os casos e mutações descritos na literatura. Esta forma de Epidermólise Bolhosa Distrófica geralmente apresenta sintomatologia mais ligeira e de início mais tardio, comparativamente às restantes variantes deste grupo de doença vesico-bolhosas hereditárias.

Destacamos o caso de um doente do sexo masculino, 50 anos, com uma história de 30 anos de placas eritematosas assintomáticas e bolhas tensas na região pré-tibial bilateralmente. Verificou-se um agravamento da dermatose após ter iniciado funções na construção civil e melhorava no período de férias. Ao exame objetivo, identificaram-se placas eritematosas bilaterais, com bolhas tensas e erosões cobertas por crosta, grosseiramente simétricas na região pré-tibial, bem como distrofia ungueal nos membros inferiores. No exame histopatológico e na microscopia eletrónica, verificaram-se bolhas subepidérmicas e defeitos nas fibrilhas de ancoragem. A sequenciação do gene *COL7A1* identificou heterozigotia composta para duas novas mutações patogénicas: uma mutação *missense* no exão 2 (c.151C>G; p.Arg51Gly) e uma mutação *frameshift* no exão 59 (c.1752del; p.Ser585fs). O doente manteve cuidados de penso e evicção de trauma local, com melhoria sintomática.

A combinação específica de mutações identificadas neste doente não tinha sido previamente documentada na literatura. A mutação *frameshift* resulta na terminação precoce do códon, com interrupção a síntese do colagénio e perda de função, enquanto a mutação *missense* compromete a integridade do colagénio. Este



caso sublinha a importância da identificação de novas mutações no gene *COL7A1* no diagnóstico da Epidermólise Bolhosa Pré-tibial e realça a necessidade de investigação para compreender as correlações entre genótipo e fenótipo, bem como para explorar opções terapêuticas.

CC02 - Síndrome VEXAS: uma apresentação clínica atípica

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹; C. Costa²; A. Pedrosa^{1,3}, C. Lisboa^{1,4}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴Departamento de Patologia e RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A síndrome VEXAS (Vacúolos, enzima E1, ligada ao cromossoma X, Autoinflamatória, Somática) é uma doença autoinflamatória de início tardio que resulta de mutações no gene *UBA1*. Tipicamente afeta homens >60 anos e as principais manifestações clínicas são cutâneas, hematológicas e reumatológicas. As dermatoses neutrofílicas representam a manifestação cutânea mais comum. Atualmente, não existem critérios de diagnóstico formais, por isso, o teste genético é essencial para a confirmação diagnóstica.

Caso clínico: Sexo masculino, 73 anos, referenciado por pápulas eritematosas, evanescentes e não pruriginosas no tronco, com 1 ano de evolução. A biópsia cutânea documentou dermatite neutrofílica sem vasculite. Foi assumido diagnóstico de síndrome de Sweet e o doente fez tratamento com corticosteroides. Três anos mais tarde, foi observado novamente por pápulas eritematosas não pruriginosas no tronco e membros superiores, bem como pápulas e placas amareladas no lábio inferior e dorso. A análise histopatológica da biópsia cutânea demonstrou um infiltrado histiocitário difuso (CD68 positivo, S100 negativo) na derme com células macrofágicas espumosas, leucocitoclasia e necrobiose do colagénio. Nesta altura, o doente era seguido por mielodisplasia, neurite ótica e queixas de poliartralgia. Foi realizado teste genético que identificou a variante somática c.121A>C no gene *UBA1*. Os achados foram sugestivos de síndrome VEXAS. O doente iniciou tocilizumab, com melhoria cutânea.

Discussão: A síndrome VEXAS é uma doença autoinflamatória e clinicamente heterogénea que afeta vários órgãos e sistemas. Embora a dermatite neutrofílica seja o achado mais comum, este paciente apresentava lesões xantomatosas e a histologia revelou um infiltrado histiocítico extenso, provavelmente um infiltrado reativo no contexto da síndrome VEXAS, alguns anos após o início das manifestações cutâneas. Estas são um achado proeminente e, por esse motivo, os dermatologistas desempenham um papel importante no seu diagnóstico. Atualmente, não existem algoritmos diagnósticos reconhecidos, pelo que o teste genético é essencial para a sua confirmação.

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

CC03 - Vasculite cutânea de pequenos vasos como pista para o diagnóstico de endocardite infecciosa

Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹, M.Pupo Correia¹, F.S Monteiro¹, I.T Abreu¹, P.de Vasconcelos¹, L.Souares de Almeida^{1,2}, A. Gaspar Silva³, R. Pereira⁴, M. Vilela⁵, V. Correia⁵, P.Filipe^{1,2}

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

² Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Serviço de Cirurgia Cardioriorácica, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁵ Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁶ Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal



A endocardite infecciosa (EI) pode se manifestar por diversos sinais e sintomas, incluindo lesões cutâneas. A relação entre EI e vasculite pode envolver manifestações que imitam vasculite ou vasculite associada à EI, com envolvimento de pele, rins, trato gastrointestinal e sistema nervoso periférico. A distinção dessas manifestações é crucial, pois influenciam tratamento e prognóstico.

Descrevemos o caso de um homem de 73 anos que recorreu ao serviço de urgência com púrpura palpável nos membros inferiores por 4 semanas. Relatou história de 5 meses de lombalgia inflamatória, perda de peso, astenia e sudorese noturna, sendo acompanhado em consulta de Medicina Interna por suspeita de polimialgia reumática e medicado com prednisolona oral (20 mg/dia). À observação, apresentava pápulas e máculas purpúricas nas pernas, febre (38,3°C), taquicardia e sopro sistólico mitral. Exames complementares revelaram anemia, VS elevada (100 mm/h) e fator reumatóide positivo. Hemoculturas isolaram *Streptococcus gordonii* e o ecocardiograma revelou vegetação na válvula mitral. A TC identificou esplenomegalia com enfartes esplênicos, e a biópsia cutânea confirmou vasculite.

O diagnóstico de EI foi confirmado pelos critérios de Duke. Sete meses antes, o doente havia feito um procedimento dentário, considerado porta de entrada da infecção. Foi transferido para a Cardiologia, suspendeu a prednisolona e realizou tratamento com penicilina benzatínica 6 semanas, com resolução das lesões cutâneas. Posteriormente, foi submetido a substituição valvular mitral com sucesso.

As manifestações cutâneas de EI incluem nódulos de Osler, lesões de Janeway e púrpura. A vasculite associada à EI é tratada com antibióticos, mas pode requerer imunossupressores. É fundamental que dermatologistas reconheçam essas manifestações, dada sua gravidade.

CC04 - Purpura fulminans: uma apresentação grave da febre escaro-nodular

Filipe Silva Monteiro^{1,2}, F. S. Gonçalves³, R. Sousa⁴, A. S. Santos⁴, I. T. Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, I. Pereira-Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,5}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2,5}

¹Serviço de Dermatologia - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Clínica Universitária de Dermatologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Serviço de Doenças Infecciosas - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

⁴Centro de Estudos de Vectors e Doenças Infecciosas Dr. Francisco Cambournac (CEVDI), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

⁵Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

A febre escaro-nodular, causada por *Rickettsia conorii*, é uma das zoonoses transmitidas por carrças mais prevalentes em Portugal, com manifestações clínicas e prognóstico variáveis. A forma típica da doença caracteriza-se por febre alta, exantema maculopapular com envolvimento palmoplantar e uma escara de inoculação da picada da carrça (tache noire), podendo em casos atípicos haver ausência destes sinais. Embora geralmente considerada uma doença benigna, em Portugal há relatos de casos graves, com progressão rápida para purpura fulminans e choque séptico.

Apresentamos o caso de um homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e obesidade, admitido no Serviço de Urgência por febre persistente há 8 dias, mialgias e astenia. À admissão febril, em choque séptico com falência multiorgânica, e com discretas máculas purpúricas acrais e no abdómen. Analiticamente com trombocitopenia grave, insuficiência renal aguda e marcadores inflamatórios elevados. Vivia em ambiente urbano, negava história de viagens recentes ou contacto com animais, excetuando cão e gato domésticos. A hipótese de febre escaro-nodular foi colocada após avaliação clínica e histopatológica, revelando alterações compatíveis com vasculopatia trombótica. O diagnóstico foi confirmado analiticamente pela seroconversão para *Rickettsia conorii*, identificada a estirpe *Rickettsia israeli tick typhus* por PCR em biópsia cutânea. O doente iniciou doxiciclina, evoluindo desfavoravelmente com



aumento do número de lesões e coalescência das máculas purpúricas, formação de bolhas de conteúdo citrino e áreas de necrose cutânea no escroto, extremidades distais dos membros inferiores e região sagrada. Por persistência da necrose dos membros foi realizada amputação bilateral infragenicular.

A febre escaro-nodular é uma infeção que pode ter apresentações graves com necessidade de cuidados especializados e com elevada morbimortalidade. Na ausência de uma história sugestiva esta infeção pode ser um desafio diagnóstico. O tratamento com doxiciclina é eficaz, mas deve ser rapidamente instituído de modo a evitar as complicações e a morte.

CC05 - Tuberculide papulonecrótica como manifestação inicial de tuberculose ganglionar

José Alberto Ramos¹, H. Leme¹, A. M. Silva¹, A. Roda¹, J. Alves¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE.

Mulher de 37 anos, natural da Guiné-Bissau, foi referenciada à consulta de Dermatologia por pápulas e pústulas nos membros com mais de 1 ano de evolução. Negava sintomas acompanhantes. Ao exame objetivo, observavam-se pápulas, pústulas e cicatrizes hiperpigmentadas localizadas preferencialmente nos membros superiores, glúteos, coxas e pernas. Inicialmente foi admitida a hipótese de foliculite infecciosa e foi medicada com doxiciclina oral e clindamicina e peróxido de benzoílo tópicos, com melhoria transitória. Na consulta seguinte verificou-se recorrência do quadro. Foram realizadas análises sanguíneas, a destacar VS > 100 mm/h e biópsias para exame histopatológico e microbiológico. O exame histopatológico mostrou aspetos compatíveis com bordo e fundo de úlcera associada a reação granulomatosa não necrotizante. O exame microbiológico foi negativo. Neste contexto e perante a persistência do quadro, foi realizado estudo complementar, em que se destaca IGRA positivo. Foi realizada a pesquisa de ADN de micobactérias por PCR na biópsia cutânea que foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Assumiu-se, assim, o diagnóstico de tuberculide papulonecrótica como manifestação indireta de tuberculose.

A doente foi referenciada à consulta de Infeciologia e, após estudo complementar, foi diagnosticada tuberculose ganglionar. Iniciou terapêutica com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol durante 2 meses, com indicação para cumprir mais 4 meses de tratamento com isoniazida e rifampicina. Após 4 semanas de tratamento, verificou-se resolução da dermatose.

As tuberculides constituem reações de hipersensibilidade (“reação id”) a antígenos de micobactérias, em que classicamente não são detetáveis micobactérias em culturas das lesões cutâneas. Contudo, a pesquisa da micobactéria por PCR pode ser positiva. Com este caso clínico, pretendemos destacar um caso raro de uma tuberculide associada a tuberculose ganglionar, enfatizando-se o papel do dermatologista no reconhecimento de manifestações cutâneas de doenças sistémicas potencialmente graves. Salienta-se também a identificação de *Mycobacterium tuberculosis* por PCR nas lesões cutâneas, enquanto pista fundamental para o diagnóstico definitivo.

CC06 - Manifestações cutâneas no LAIT: O seu reconhecimento precoce para evitar o atraso no diagnóstico

Miguel Ribeiro¹; S. Lopes¹; C. Cerqueira¹; C. M. Nogueira¹; J.G. Freitas²; C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga;

² Serviço Hematologia, Hospital de Braga

Introdução:



O linfoma angioimunoblástico de células T (LAIT), é o segundo subtipo mais comum de linfomas de células T periféricos (15-30% dos casos), mas representa apenas 1-2% de todos os linfomas não Hodgkin (LNH).

O diagnóstico é caracteristicamente desafiador devido à apresentação com sinais, sintomas e alterações laboratoriais inespecíficos e, habitualmente, transitórios. Os sintomas B e linfadenopatias são as manifestações iniciais mais comuns. Manifestações cutâneas podem ocorrer em até 50% dos doentes, embora, frequentemente, com achados clínicos e histopatológicos inespecíficos, resultando no atraso diagnóstico até ao aparecimento de linfadenopatias e consequente confirmação por biópsia ganglionar.

Caso Clínico

Doente de 60 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo, avaliado por exantema maculopapular recorrente, placa eritemato-violácea numular dorsal e artralguas com 4 meses de evolução. Inicialmente, por serologia positiva para borreliose foi realizado tratamento com doxiciclina durante 28 dias. Após 4 meses, observou-se a resolução do exantema, mas progressão da lesão dorsal, agora com 6cm, eritematosa, policíclica e com bordo elevado. Surgiu ainda uma placa eritematodescamativa, discretamente infiltrada, no dorso da mão direita, com 4 cm de diâmetro.

Adicionalmente, apresentava adenopatias generalizadas, sudorese noturna e perda de peso, tendo-se realizado biópsia cutânea e ganglionar.

A biópsia cutânea da lesão dorsal revelou epiderme com ligeira acantose e infiltrado linfocítico perivascular e a biópsia da lesão do dorso da mão direita revelou infiltrado linfóide T atípico. A biópsia ganglionar foi compatível com LAIT. O doente foi encaminhado para Hematologia Clínica e tratando-se de um estadio IV (envolvimento cutâneo e medular), foi proposta a realização de 6 ciclos CHOEP seguidos de transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos.

Conclusão

Este caso demonstra que as manifestações cutâneas de LAIT são frequentemente transitórias, variadas e inespecíficas, podendo resultar em atraso no diagnóstico, contribuindo para um estadio mais avançado e um pior prognóstico da doença.

CC07 - Pioderma gangrenoso associado a leucemia mielóide aguda: uma pista para o diagnóstico hematológico

Joana Vieitez Frade^{1,2}, J. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

³Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

O pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara, caracterizada por ulcerações dolorosas, de progressão rápida, frequentemente associada a doenças sistémicas, como doenças inflamatórias intestinais, artrite e, mais raramente, neoplasias hematológicas. Entre estas, destaca-se a associação do pioderma gangrenoso com doenças mieloproliferativas e mielodisplásicas, como a leucemia mielóide aguda. O reconhecimento precoce desta condição é fundamental para instituir um tratamento adequado e evitar complicações graves.

Destacamos o caso de uma mulher de 62 anos, com diabetes mellitus tipo 2, admitida com uma placa eritematoviolácea de início súbito e progressão rápida, localizada na face ântero-interna da coxa direita, com aproximadamente 15 cm de diâmetro, com 5 dias de evolução. A lesão era ulcerada centralmente, com bolhas hemorrágicas periféricas. A doente referia dor local e febre. Os exames laboratoriais revelaram uma pancitopenia de novo e elevação significativa da proteína C reativa. As hipóteses diagnósticas incluíam celulite/fasceíte necrotizante, pioderma gangrenoso associado a doença mieloproliferativa, ou leucemia *cútis*. As culturas foram negativas e a biópsia cutânea mostrou um infiltrado neutrofílico denso. O



mielograma revelou 28% de blastos, compatível com leucemia mielóide aguda associada a mielodisplasia. Iniciou-se terapêutica com prednisolona 1 mg/kg/dia e quimioterapia, resultando em cicatrização da lesão após 3 meses. A paciente faleceu devido a complicações da quimioterapia.

O pioderma gangrenoso associado a neoplasias hematológicas, como a leucemia mielóide aguda, é uma manifestação rara mas reconhecida. A patogênese é incerta, envolvendo uma resposta inflamatória desregulada, mediada por neutrófilos. O diagnóstico diferencial inclui infecções graves, como a fascíte necrotizante, sendo crucial a exclusão destas através de exames culturais e imagiológicos. Nos casos associados a doença hematológica, o tratamento envolve corticoterapia sistémicos e controlo da patologia subjacente. Este caso reforça a importância da abordagem multidisciplinar e do tratamento precoce para otimizar o prognóstico, apesar da elevada mortalidade associada.

CC08 - Dermatose perfurante adquirida - manifestação paraneoplásica de carcinoma neuroendócrino do pulmão

Rúben Nogueira-Costa¹, P. Gomes ¹, N. Ferreira², A.V. Cardoso², C. Costa ³, J. Almeida ³, M.I. Rodrigues³ M. Costa-Silva¹, F. Azevedo ¹

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

² Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Penafiel

³ Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

INTRODUÇÃO:

As dermatoses perfurantes caracterizam-se por eliminação transepidérmica de queratina ou de componentes do tecido conjuntivo dérmico alterado. A classificação nos diferentes subtipos é feita consoante o tipo de disrupção da epiderme e a natureza do material eliminado. A dermatose perfurante adquirida (DPA) apresenta-se clinicamente sob a forma de pápulas ou nódulos firmes, muitas vezes umbilicados, com tampão central queratósico. Há, na maioria dos casos, prurido associado, bem como fenómeno de Koebner. A DPA surge em adultos com patologias sistémicas associadas como diabetes mellitus, doença renal crónica e, em casos mais raros, neoplasias. O tratamento é muitas vezes insatisfatório.

CASO CLÍNICO:

Homem de 65 anos, caucasiano, com antecedentes de tabagismo e DPOC recorreu ao serviço de urgência por uma dermatose com 2 meses de evolução, constituída por lesões pápulo-nodulares com umbilicação central em fundo eritematoso, dolorosas, na região lombar paravertebral esquerda, omoplata direita e superfície extensora do braço direito. Associadamente com hipocratismo digital, perda de peso e disfonia com 1 mês de evolução. A biópsia cutânea foi compatível com a hipótese clínica de dermatose perfurante. O estudo etiológico revelou uma lesão heterogénea de aspecto infiltrativo desde a base cervical direita através do opérculo torácico até ao hilo homolateral com maior eixo de 16cm e desvio contralateral das estruturas mediastínicas e invasão das mesmas; com captação hipermetabólica na PET compatível com lesão neoplásica maligna de alto grau. Após realização de broncofibroscopia e biópsia aspirativa transtorácica foi diagnosticado com neoplasia pouco diferenciada sugestiva de carcinoma neuroendócrino de grandes células.

DISCUSSÃO:

Da nossa pesquisa bibliográfica trata-se do primeiro caso de dermatose perfurante adquirida em associação com neoplasia pulmonar. Para além da dermatose, o tabagismo ativo, hipocratismo digital, disfonia e perda de peso sugeriram um quadro neoplásico.



CC09 - Úlcera cutânea intermamária – um tumor raro mimetizando cancro da mama

Francisco Martins¹, J. C. Cardoso¹, J. Calvão¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

Uma doente de 86 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu à consulta de Dermatologia por lesão intermamária dolorosa com um ano de evolução e aumento progressivo. Negava queixas sistémicas. Ao exame físico, observava-se uma lesão ulcerada intermamária de 5x4cm, com bordos elevados e base endurecida, que tinha consistência pétrea, era imóvel e aderente aos planos profundos. A palpação mamária e das cadeias ganglionares regionais era normal.

A biópsia revelou infiltração da derme por uma neoplasia com diferenciação ductal, composta por trabéculas de células neoplásicas com citoplasma abundante e núcleos pleomórficos. As células tumorais eram positivas para a CK7 e o GATA3, bem como para recetores de progesterona (90%) e de estrogénio (100%) - achados compatíveis com infiltração cutânea por um adenocarcinoma.

A PET-CT mostrou marcação intensa no local da úlcera intermamária, sem outras alterações. Fez-se então o diagnóstico de adenocarcinoma anexial NOS e, após discussão multidisciplinar, foi iniciado tratamento com anastrozol, que resultou na resolução completa da lesão em cinco meses.

O diagnóstico de adenocarcinoma numa biópsia cutânea indica frequentemente a presença de uma neoplasia sistémica subjacente e, neste caso, o imunofenótipo e a localização intermamária sugeriam uma origem mamária. Tendo em conta a ausência de achados patológicos na PET, para além daqueles relacionados com a lesão cutânea intermamária, e a existência de diferenciação ductal (sem achados que permitissem uma classificação mais específica), foi feito o diagnóstico de adenocarcinoma anexial NOS, uma neoplasia maligna rara e potencialmente agressiva. Apesar da cirurgia ser normalmente priorizada em lesões solitárias, os tumores que demonstram positividade para os recetores de estrogénio podem ser sensíveis a terapêutica dirigida. Neste caso, considerando a idade da doente e a dimensão do tumor, de difícil ressecabilidade cirúrgica, optou-se pela hormonoterapia primária com anastrozol, que resultou na resolução completa da lesão em cinco meses.

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

CC10 - Úlceras profundas dispersas em idade pediátrica: um desafio diagnóstico e terapêutico

Francisco Martins¹, D. Flor¹, J. Nascimento², P. Estanqueiro², F. Santiago¹, L. Ramos¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

² Serviço de Reumatologia - Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Um doente de 19 meses, sexo masculino, residente em Angola, foi trazido ao Serviço de Urgência por quadro de febre, astenia e lesões cutâneas disseminadas e dolorosas com 6 meses de evolução. Associadamente, os pais referiam uma perda importante de aquisições motoras e verbais prévias. Negavam história familiar de doenças semelhantes e contexto epidemiológico para doenças infecciosas.

Ao exame físico, destacavam-se múltiplas lesões necróticas reticuladas dispersas pelo tegumento, algumas das quais evoluíam para úlceras profundas com exposição de tecido subcutâneo. Eram também visíveis lesões cicatriciais hipopigmentadas sobre as articulações interfalângicas proximais no dorso dos dedos das mãos. O exame neurológico revelava perda simétrica de força muscular, mas era, de resto, normal. O estudo analítico revelava leucocitose ($15,8 \times 10^9/L$) e anemia microcítica (8,8g/dL), bem como elevação da AST (192U/L), da LDH (662U/L) e da PCR (1,74mg/dL).



O doente foi internado no Serviço de Pediatria Médica para estudo e tratamento, sendo iniciada antibioterapia empírica e corticoterapia sistémica após avaliação multidisciplinar. A biópsia cutânea revelou necrose de coagulação, compatível com um processo vaso-oclusivo, e no estudo analítico complementar foi detetada a presença isolada de autoanticorpos anti-NXP2. A biópsia muscular confirmou o diagnóstico de dermatomiosite (DM) juvenil.

Durante o internamento, o doente cumpriu terapêutica com metilprednisolona, ciclosporina (2/mg/kg/dia) e 2 ciclos de IgIV (2g/kg), que permitiram a estabilização do quadro clínico e a alta com metotrexato (0,5mg/kg/semana), após 80 dias.

A DM juvenil é uma doença inflamatória multissistémica caracterizada por miopatia e lesões cutâneas, identificando-se ulceração em 25% dos doentes. A remissão clínica é possível, mas a presença de anticorpos anti-NXP2 e de fenómenos vaso-oclusivos estão associados a um pior prognóstico. Este caso reforça o papel da Dermatologia no diagnóstico de uma doença multissistémica grave e da importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão de doentes pediátricos complexos.

CC11 - Heteroplasia óssea progressiva: relato de um caso

Francisco Martins¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, S. Coelho², L. Ramos¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

² Serviço de Dermatologia – Hospital da CUF Viseu

Uma criança de 10 meses, sexo masculino, previamente saudável, foi encaminhada à consulta de Dermatologia por aparecimento, nos dois meses anteriores, de lesões cutâneas, em número crescente, dispersas pelo tronco e membros. Os pais negavam qualquer alteração do estado geral. Negavam também história familiar de doenças semelhantes.

Ao exame físico, destacavam-se múltiplas lesões com dimensões entre 1-6 mm, discretamente deprimidas e duroelásticas à palpação, dispersas pelo tronco e membros, não havendo mais alterações de relevo. A biópsia de uma das lesões revelou focos de calcificação e osteogénese, achados compatíveis com *osteoma cutis*. O estudo do metabolismo fosfocálcio revelou apenas uma ligeira hipercalcemia (11 mg/dL), encontrando-se a creatinina, o fósforo, a vitamina D e a paratormona dentro dos valores de referência.

Tendo em conta a idade do doente e a disseminação das lesões, colocou-se como hipótese principal uma doença de ossificação primária e foi requisitado teste genético, que revelou uma mutação patogénica c.565_568del p.(Asp189Metfs*14) em heterozigotia no gene *GNAS* – enquadrável na heteroplasia óssea progressiva (HOP) e na osteodistrofia hereditária de Albright (OHA). No contexto clínico deste doente, sem braquidactilia, obesidade ou distúrbio significativo do metabolismo fosfocálcio que pudessem sugerir OHA, foi feito o diagnóstico de heteroplasia óssea progressiva.

A HOP é uma doença rara de ossificação cutânea que se caracteriza pela presença de osteogénese ectópica progressiva na pele e tecido subcutâneo, estando associada a mutações heterozigóticas que inativam o *GNAS*. Não havendo medidas que previnam o aparecimento de novas lesões, a ossificação progride rapidamente na infância, conduzindo a limitação da mobilidade, anquilose das principais articulações e morbilidade significativa. Apesar de haver uma subpopulação de doentes que atinge estabilização clínica, não existem marcadores preditivos de prognóstico, dada a raridade da doença. O tratamento é, assim, maioritariamente de suporte, incluindo fisioterapia e abordagem cirúrgica das lesões mais sintomáticas.



CC12 - Ictiose ligada ao X por deleção de genes contíguos: um caso raro com manifestações neurológicas e oftalmológicas

Beatriz F. Vilela¹, A. Cordeiro², M. Melo³, C. Gouveia¹, M. J. Paiva Lopes¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS São José, Lisboa

²Serviço de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, ULS São José, Lisboa

³Serviço de Genética, Hospital Dona Estefânia, ULS São José, Lisboa

A Ictiose Ligada ao X (ILX) é uma genodermatose causada por mutações no gene STS, que conduz a um défice da enzima esteroide-sulfatase. Embora na maioria dos casos as manifestações sejam predominantemente cutâneas, a deleção de genes contíguos no cromossoma X pode associar-se a outras manifestações clínicas, incluindo atraso do desenvolvimento psicomotor e alterações neurológicas e oftalmológicas.

Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino, com 4 anos de idade, diagnosticada com ILX por deleção de genes contíguos (STS, VCX, PNPLA4 e PUDP), identificada através de teste genético por microarray. Nos antecedentes pessoais destaca-se a história de parto prolongado característico do nascimento destes recém-nascidos. Clinicamente apresenta escamas espessas cinza-acastanhadas poligonais difusas, particularmente acentuadas nos membros inferiores, compatíveis com o diagnóstico de ictiose. Destaca-se ainda a existência de alterações visuais - nistagmo congénito, albinismo ocular e assimetria da bainha dos nervos ópticos, hipotonia axial e hipertonia dos membros superiores e atraso no desenvolvimento psicomotor. Do ponto de vista cutâneo encontra-se sob terapêutica tópica com manipulado de glicerado de amido, com bom controlo da dermatose.

Este caso sublinha a importância da investigação genética em casos de ILX com características clínicas atípicas. A deleção de genes contíguos pode explicar a associação de manifestações neurológicas e oftalmológicas, destacando a relevância da correlação genótipo-fenótipo para uma gestão clínica apropriada destes doentes.

CC13 - E quando não é Stevens-Johnson?

Keyla Sousa¹, D. Flor¹, M. Batista¹, L. Ramos¹, F. Santiago¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis (MIRM) é uma reacção cutâneo-mucosa aguda, potencialmente grave, associada a uma pneumonia atípica por *Mycoplasma*.

Apresentamos o caso de um menino de 1 ano de idade, previamente saudável, transferido para o serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra por suspeita de Síndrome de Stevens-Johnson. O quadro evoluía há 3 dias, com febre elevada, tosse e eritema facial discreto. Houve posterior aparecimento de lesões eritematosas progressivas no tronco, adquirindo a forma de exantema maculopapular generalizado. A nível da face posterior da coxa direita objectivava-se erosão, com cerca de 5cm. Havia também hiperemia gengival, erosões dolorosas da mucosa oral e labial, cobertas com crostas hemorrágicas, e nas regiões malares e no mento, destacavam-se placas eritematosas com vesículas sobrepostas, bolhas e erosões. Apresentava também eritema e edema da glândula e do prepúcio. Para além do agravamento progressivo das lesões muco-cutâneas, persistia a febre e recusa alimentar. Analiticamente destacava-se leucopenia com neutropenia e linfopenia e PCR elevada. O teste PCR para infecções respiratórias detectou *Mycoplasma Pneumoniae*, pelo que se assumiu o diagnóstico de MIRM. O restante estudo analítico e serológico não tinha alterações. A radiografia do tórax revelou infiltrados intersticiais bilaterais.



O doente foi medicado com antibioterapia dirigida e metilprednisolona dose de 2mg/kg/ dia, em desmame lento ao longo de 30 dias, com melhoria progressiva do quadro e resolução completa sem complicação ou sequelas.

CC14 - Nódulo ulcerado em recém-nascido: um caso de histiocitose de células de Langerhans congénita

Catarina Cerqueira¹, C. M. Nogueira¹, M. Ribeiro¹, J. Santos², C.P. Araújo¹, A.P. Vieira¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

²Laboratório de Anatomia Patológica - UNILABS

A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma neoplasia rara, com uma incidência de 5 casos por cada milhão de crianças, caracterizada pela proliferação patológica de histiócitos e de outros leucócitos inflamatórios. A HCL pode envolver apenas um órgão ou ser multissistémica e inclui um amplo espectro de manifestações cutâneas, variando entre lesões únicas auto-resolutivas, a formas disseminadas de difícil tratamento.

Apresentamos o caso clínico de um recém-nascido de termo, do sexo masculino, nascido de parto eutócico, após gestação vigiada, que decorreu sem intercorrências. Da história familiar destaca-se mãe com carcinoma ductal invasor da mama, associado a variante patogénica do gene PALB2. Foi observado por Dermatologia às 48h de vida por lesão papulonodular, eritematosa, com crosta central negra, com 5 mm de diâmetro na região dorsal direita, presente desde o nascimento. Não apresentava outras lesões cutâneas e o restante exame objetivo não demonstrou alterações. Foi realizada biópsia cutânea incisional cujo resultado histológico revelou quadro morfológico compatível com histiocitose de células de Langerhans. Para despiste de doença multissistémica, o recém-nascido realizou estudo analítico, ressonância magnética cerebral, ecografia abdominal, radiografia torácica e do esqueleto, que não revelaram alterações. Perante estes resultados, foi feito o diagnóstico de histiocitose de células de Langerhans congénita, de sistema único, limitada à pele.

A HCL congénita limitada à pele, é uma variante rara, afetando apenas 5% da população diagnosticada com esta entidade. Geralmente apresenta-se com várias pápulas ou nódulos dispersos pelo tegumento, contudo, em casos raros, pode manifestar-se como uma lesão única. Habitualmente as lesões regredem em semanas ou meses e os recém-nascidos são geralmente saudáveis. Embora infrequente, pode haver progressão para HCL multissistémica, pelo que estes doentes devem ser vigiados de forma apertada.

CC15 - Harlequin 17 - Caso Clínico

Pedro Simões Farinha¹, A. Ferreirinha¹, B. Duarte¹

¹ULS São José com Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Dermatovenereologia

Introdução: A síndrome de Harlequin é uma entidade rara, caracterizada por rubor e sudorese unilateral, envolvendo tipicamente a hemiface, couro cabeludo e ombro, com anidrose compensatória no lado contralateral. Esta entidade resulta de uma lesão ou disfunção das fibras simpáticas torácicas ou cervicais, responsáveis pela regulação vasomotora e sudomotora. Pode ocorrer de forma idiopática ou secundária a lesões traumáticas, tumores ou iatrogenia, como após procedimentos cirúrgicos ou anestésicos. Em alguns casos, está associada a disautonomias parciais, como a síndrome de Ross ou síndrome de Holmes-Adie.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 17 anos, com episódios autolimitados de rubor e diaforese unilateral à esquerda, envolvendo hemiface, couro cabeludo e ombro esquerdos, com anidrose compensatória contralateral. O doente encontrava-se assintomático entre episódios, e estes eram



precipitados maioritariamente por exercício físico, aumento de temperatura corporal e estímulos emocionais. Com base no quadro clínico, foi feito o diagnóstico de Síndrome de Harlequin. O tratamento foi iniciado com oxibutinina em baixa dose, com titulação progressiva até 1 comprimido (5mg) ao almoço e 1/2 (2.5mg) comprimido ao jantar, associado a glicopirrrónio tópico (8mg/g) (aplicado três vezes por semana). Após dois meses de tratamento, o doente relatou uma resposta completa e satisfatória, com controlo significativo dos sintomas e sem eventos adversos associados à medicação. Mantém a terapêutica há 12 meses.

Discussão: A oxibutinina, um agente anticolinérgico, bloqueia competitivamente os recetores muscarínicos M3, reduzindo a secreção das glândulas sudoríparas écrinas. De forma semelhante, o glicopirrrónio, outro anticolinérgico, exerce seu efeito bloqueando os recetores muscarínicos M1 e M3, contribuindo para o controlo da sudorese. Embora a evidência sobre o uso desses fármacos na Síndrome de Harlequin seja limitada, a literatura disponível sugere que ambos podem ser eficazes na gestão dos sintomas de disfunção sudomotora, como evidenciado neste caso..

Conclusão: Embora benigna, a síndrome de Harlequin pode causar grande impacto funcional. O reconhecimento precoce desta entidade rara e a instituição de terapêutica são essenciais para o controlo dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

CC16 - Parvovírus B19: uma manifestação cutânea atípica

Francisco Mano¹, JC. Cardoso¹; D. Caetano¹; M. Pedroso¹; J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário de Coimbra, ULS Coimbra, Portugal

Uma doente de 79 anos recorreu à urgência por quadro cutâneo com 10 dias de evolução caracterizado por lesões eritematosas pruriginosas sobretudo localizadas no tronco. Ao exame objetivo evidenciavam-se lesões dispersas pela face anterior e laterais do tronco, axilas e região proximal das coxas, distribuídas de forma simétrica, eritematosas em mancha e algumas placas vagamente urticariformes. Apresentava também lesões em mancha de tonalidade equimótica ou de aspeto vagamente petequial e configuração reticulada. Observava-se ainda eritema e edema na região palpebral superior. Referia rinorreia com 5 meses de evolução, sem febre ou outras queixas sistémicas. Por indicação do Médico de Família estaria a cumprir bilastina id, com escassa melhoria.

Foram colocadas as hipóteses de urticária, vasculite urticariana, exantema viral e, mais remotamente, de linfoma intravascular. Realizou aquando da observação estudo analítico e biópsia cutânea. Aumentou-se a dose de anti-histamínico oral. Por ausência de melhoria e aparecimento de novas lesões cutâneas recorreu passado 15 dias para reavaliação, tendo sido instituída corticoterapia oral, com resolução do quadro. A biópsia revelou infiltrado inflamatório dérmico de características urticariformes com predomínio de neutrófilos e ocasionais focos de extravasamento de eritrócitos. Do estudo analítico salienta-se serologia compatível com infeção por Parvovírus B19 recente.

Este caso revela-se interessante pela presença de um padrão histológico urticariforme com predomínio de neutrófilos, evocando o diagnóstico diferencial com dermatite urticariforme neutrofílica, entidade cuja etiologia conhecida se relaciona principalmente com síndromes auto-inflamatórias (por exemplo, síndrome Schnitzler). Realça-se, no entanto, a presença de um componente purpúrico nas lesões cutâneas (correlacionado com o extravasamento de eritrócitos), mais característico de exantemas virais, particularmente do Parvovírus B19. Este caso é relevante pela apresentação cutânea atípica, tornando-se particularmente complexo o enquadramento nosológico desta dermatose. Descreve-se pela primeira vez,



tanto quanto sabemos, uma associação de infecção por Parvovírus B19 com um padrão histológico de dermatose urticariforme neutrofílica.

CC17 - Dermatofitose crónica resistente a anti-fúngicos: uma realidade em Portugal

Lanyu Sun¹, B. Vidal¹, J. Ferreira^{1,2,3}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, T. Marques⁴, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

³Paulo Filipe Lab, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Lisboa

⁴Serviço de Infeciologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

Recentemente, um surto de dermatofitose resistente a antifúngicos no Sul da Ásia levou à identificação de uma nova espécie de *Trichophyton*, denominada *Trichophyton indotineae* (*T. indotineae*). Como resultado da globalização, este microorganismo emergente foi isolado em vários países fora da Ásia. Na Europa, a infecção por *T. indotineae* foi descrita em vários países, mas não em Portugal. Descreve-se uma doente do sexo feminino de 32 anos, natural da Bangladesh e sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por uma dermatose disseminada pruriginosa com 8 meses de evolução, caracterizada por placas eritemato-descamativas anulares, bem delimitadas e com bordo circinado com acentuação na região pélvica. Tinha cumprido terapêutica prévia com terbinafina durante 1 mês sem melhoria. *T. indotineae* foi identificado por sequenciação de DNA. A doente foi tratada com itraconazol 100mg 12/12h e sertaconazol creme, verificando-se resolução clínica 4 meses após o início de tratamento, que foi mantido durante mais um mês. Duas semanas depois, verificou-se o reaparecimento de uma placa descamativa na mão e o exame micológico cultural confirmou a recidiva. Assim, a doente reiniciou o itraconazol com aumento da dose para 200mg 12/12h que cumpriu durante 3 meses, sem evidencia de recidiva 3 meses após a suspensão da terapêutica. A dermatofitose causada por *T. indotineae* manifesta-se geralmente com lesões inflamatórias extensas e crónicas, resistente à terapêutica anti-fúngica tópica e à terbinafina. O itraconazol é a terapêutica com maior eficácia demonstrada até à data, mas a duração ótima do tratamento ainda é desconhecida, e as taxas de recidiva são difíceis de ignorar.

CC18 - Exantema ictiosiforme – uma manifestação rara de sífilis terciária

Joana Fazendeiro Matos¹, C. Batista², H. Bettencourt³, P. Andrade⁴

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

²Serviço de Infeciologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

⁴Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*; as suas manifestações clínicas são muito variáveis e envolvem predominantemente a pele e as mucosas; o atingimento de outros órgãos é comum particularmente nos estádios secundário e terciário da infeção.

Descrição do caso: Sexo masculino, 69 anos, com historial de consumo tabágico importante, encaminhado à consulta de Dermatologia por erupção cutânea generalizada e pruriginosa com 2 meses de evolução; objetivamente, apresentava eritema com descamação lamelar ictiosiforme envolvendo a quase totalidade do tegumento, poupando a face. Associava perda de peso de cerca de 10 Kg nos 3 meses pregressos e tosse de agravamento progressivo. Por quadro muito sugestivo de ictiose adquirida, foi realizada biópsia cutânea e solicitados exames complementares de diagnóstico para exclusão de possível neoplasia subjacente. Dos resultados obtidos, destacavam-se: histopatologia com infiltrado linfoplasmocitário denso, TPHA+, RPR 1:32,



VIH negativo e TC-toracoabdominal a demonstrar espessamento da íntima e adventícia do arco aórtico e aorta descendente, assim como úlcera penetrante da aorta descendente, permitindo o diagnóstico de sífilis terciária com envolvimento cardiovascular; foi também confirmada neurosífilis com atingimento ocular após constatação de uveíte e VDRL+ no líquido cefalorraquidiano. O doente foi internado, tendo cumprido 14 dias de benzilpenicilina 24 mU endovenosa, com resolução total das lesões cutâneas e oculares, melhoria das queixas respiratórias e estabilidade das lesões da aorta, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Discussão: Descrevemos uma manifestação cutânea extremamente rara de sífilis, simulando o diagnóstico de ictiose adquirida. Postulamos que a resposta inflamatória ao *Treponema pallidum* possa incitar, por mecanismos desconhecidos, desregulação secundária da proliferação e adesão queratinocitárias, e, consequentemente, originar lesões descamativas ictiosiformes. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não está descrita esta apresentação clínica no contexto de sífilis terciária.

CC19 - *Acinetobacter ursingii*: um agente etiológico inusitado

Mariana Ventura Pedroso¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, F. Mano¹, JC. Cardoso¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

As infeções da pele e tecidos moles causadas por bactérias do género *Acinetobacter* são raras e estão habitualmente associadas aos cuidados de saúde, principalmente em doentes imunodeprimidos.

Uma doente de 48 anos foi enviada à consulta de Dermatologia pela Ginecologia por lesões eritematosas da mama esquerda. O quadro teria iniciado 5 meses antes, com aparecimento de edema e eritema de toda a mama, sem febre associada, tendo sido medicada com ciclos curtos de Flucloxacilina, Amoxicilina e ácido clavulânico e Ciprofloxacina, sem melhoria.

Ao exame objetivo, apresentava, no quadrante inferior lateral da mama esquerda, nódulos subcutâneos eritematosos com ulceração central, alguns com drenagem de conteúdo purulento, associados a inversão mamilar de novo. Não foram objetivadas outras alterações à inspeção do restante tegumento cutâneo. A doente negava sintomatologia acompanhante, nomeadamente febre, bem como fatores desencadeantes ou episódios semelhantes no passado. Foram colocadas as hipóteses clínicas poder tratar-se de infeção por micobactérias ou apresentação inicial de hidradenite supurativa. A biópsia cutânea incisional revelou um infiltrado granulomatoso supurativo. Adicionalmente, realizou-se biópsia para microbiologia, que permitiu o isolamento de *Acinetobacter ursingii*. Foi iniciada, empiricamente, terapêutica com Moxifloxacina 400mg uma vez por dia, tendo sido mantida após teste de sensibilidade aos antibióticos. Dois meses após início de antibioterapia, não apresentava novas lesões, soluções de continuidade ou drenagem purulenta.

Serve o presente caso para destacar a presença de agentes etiológicos incomuns na origem de infeções supurativas, mesmo em doentes imunocompetentes. Salienta-se a importância da cultura de biópsia de pele perante persistência do quadro após múltiplos ciclos de antibioterapia. Apesar da duvidosa patogenicidade da bactéria isolada descrita na literatura, a proposta terapêutica oferecida à doente resultou em franca melhoria clínica após dois meses, pelo que foi mantida durante três meses.

INFLAMATÓRIA

CC20 - Brodalumab em combinação e *re-challenge*: dois casos de sucesso terapêutico na psoríase artropática

Francisco Martins¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, H. Oliveira¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra



Caso 1: Um doente de 53 anos recorreu à consulta por lesões palmoplantares dolorosas com seis meses de evolução. Tinha psoríase artropática com mais de 20 anos de evolução e estava no momento sob etanercept 50mg 12/12 dias e metotrexato 15mg semanalmente.

Ao exame físico, apresentava lesões pustulosas exuberantes em ambas as palmas e plantas, algumas associadas a erosões e hemorragia. O etanercept foi então substituído por adalimumab 40mg 15/15 dias que, por levar a um agravamento paradoxal, foi prontamente substituído por brodalumab 210mg 15/15 dias, que levou a uma melhoria das lesões palmoplantares em 3 meses. Por persistência de artralguas após 6 meses de tratamento, o etanercept foi reintroduzido, em associação ao brodalumab, levando à resolução dos sintomas articulares em um mês.

Caso 2: Um homem de 41 anos recorreu à consulta por lesões nas unhas, que se associavam a dor e rigidez nos dedos, com um ano de evolução. Ao exame físico, apresentava distrofia ungueal e inflamação em ambos os polegares e primeiros dedos dos pés, bem como dactilite em ambas as mãos.

Foi iniciado tratamento com metotrexato 15mg semanalmente, que foi substituído após 6 meses por brodalumab 210mg 15/15 dias, por ineficácia. Apesar de se verificar uma melhoria significativa em 3 meses, o doente requisitou alteração para um fármaco com posologia mais confortável e o brodalumab foi substituído por tildracizumab 100mg 3/3 meses, o que levou a um agravamento progressivo nos 9 meses seguintes. O brodalumab foi então reintroduzido, levando novamente à resolução rápida e completa das lesões cutâneas e das artralguas.

O brodalumab é um agente eficaz na psoríase artropática, e o seu uso em combinação ou *re-challenge* pode ser considerado em doentes que não respondem a outros agentes biológicos.

CC21 - Agudização de PPG: um caso de rápida resposta ao spesolimab complicado por intercorrência infecciosa

Miguel Ribeiro¹, A.G. Lopes¹; C. Cerqueira¹; C. M. Nogueira¹; M.S. Fernandes²; C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga;

²Laboratório de Anatomia Patológica (LAP) - UNILABS

Introdução

A psoríase pustulosa generalizada (PPG) é uma doença inflamatória rara, potencialmente fatal, caracterizada por surtos de pústulas estéreis disseminadas sobre uma base eritematosa, frequentemente acompanhada por sintomas sistémicos. O Spesolimab, um anticorpo monoclonal que bloqueia o receptor da IL-36, é o primeiro tratamento aprovado para o tratamento de agudizações de PPG, demonstrando rápida eficácia na resolução das lesões cutâneas e dos sintomas sistémicos associados.

Caso Clínico

Doente de 83 anos, sexo feminino, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão e hipotireoidismo, referia o surgimento de dermatose recorrente caracterizada por placas eritematodescamativas nos membros superiores. A biópsia revelou “dermatite de padrão perivascular superficial, com micropustulose”. Foi medicada inicialmente com corticoterapia oral e por autoiniciativa em crises posteriores. Dez meses depois, foi internada por eritema e descamação dolorosos de atingimento cervical, tórax anterior, dorso, membros superiores e coxas bilateralmente (BSA 66%), com uma semana de evolução. Clinicamente, apresentava pústulas puntiformes monomórficas na região cervical, membros superiores e coxas bilateralmente, em associação com febre e astenia. Analiticamente, identificou-se elevação de parâmetros inflamatórios e leucocitose. Negava introdução recente de fármacos. A biópsia cutânea revelou numerosas pústulas subcórneas, epiderme com acantose irregular, permeada por neutrófilos e espongirose. Foi inicialmente medicada com prednisolona 60mg/dia com melhoria ligeira e posterior agravamento aquando do desmame. Pela elevada suspeita de agudização de PPG, realizou toma única de spesolimab



900mg com melhoria significativa em 48 horas. O internamento ficou marcado por complicações, nomeadamente o desenvolvimento de uma endocardite com disfunção valvular grave que resultou na morte da doente.

Conclusão

Este caso salienta a rápida eficácia do spesolimab no tratamento das agudizações de PPG, com franca melhoria do quadro clínico em apenas 48 horas. Contudo, evidencia, ainda, o caráter potencialmente fatal desta doença e a importância de uma vigilância apertada em doentes com PPG, especialmente idosos ou com comorbidades significativas.

CC22 - Lesões cribriformes faciais persistentes como apresentação de variante de pioderma

David Caetano, F. Mano, M. Pedroso, F. Martins, D. Flor, J.C. Cardoso, M.M. Brites

Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

O pioderma granulomatoso superficial é uma variante rara do pioderma gangrenoso, que se apresenta como uma úlcera superficial de evolução indolente, praticamente sem associação a doenças sistémicas subjacentes e que acomete mais frequentemente o tronco. Existem raros casos descritos com afeção da face.

Descreve-se o caso de uma mulher de 36 anos, previamente saudável, que recorre à consulta por 2 lesões frontais com 1 ano de evolução, entre 1 a 3 cm de maior eixo, bem delimitadas, com bordos eritematovioláceos e discretamente infiltrados e de centro cribriforme com supuração serosa residual, assim como 1 lesão pré-auricular de menores dimensões, mas de características semelhantes. Não apresentava queixas de outros sistemas de órgãos (incluindo respiratório ou gastrointestinal), febre ou adenopatias palpáveis. Negava procedimentos cosméticos ou intervenções realizadas na face.

O estudo complementar incluiu hemograma, bioquímica, serologias, IGRA, ECA, o painel autoimune (incluindo ANCA/ASCA), imunofenotipagem, proteinograma eletroforético e calprotectina fecal, e não revelou alterações. Foi realizada biópsia da lesão pré-auricular que revelou um infiltrado granulomatoso supurativo na derme média e profunda, com fibrose associada dos septos da hipoderme, sugestivo de pioderma granulomatoso superficial. As culturas da peça de biópsias para bactérias, micobactérias e fungos, foram negativas. A apresentação clínica, conjugada com os achados analíticos, culturais e histológicos eram consistentes com o diagnóstico de pioderma granulomatoso superficial.

Iniciou clobetasol em oclusão, metilprednisolona 24 mg em esquema desmame lento e colchicina 1 mg 2id, com melhoria progressiva do quadro. Após 3 meses de terapêutica, apresentava lesões apenas de aspeto cicatricial sem sinais de atividade.

CC23 - Fasceíte Eosinofílica – Um Desafio Terapêutico

Carlos M. Nogueira¹, C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, T. Pereira¹, C. Araújo¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga

A fasceíte eosinofílica é uma doença inflamatória rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pelo espessamento da pele e fáscia muscular e eosinofilia periférica. O quadro clínico pode ser limitante e um desafio diagnóstico e terapêutico.

Relatamos o caso de uma doente de 64 anos, sem antecedentes relevantes, com eritema e endurecimento cutâneos generalizados com quatro meses de evolução. As alterações surgiram inicialmente nos membros superiores, com posterior extensão ao restante tegumento, excetuando as mãos, pés, face e pescoço.



Referia ainda limitação da mobilidade, astenia e anorexia. Ao exame objetivo, com endurecimento cutâneo e pele com aspeto em “casca de laranja” nos membros e tronco, e sinal do sulco nos membros superiores. Analiticamente, destacava-se leucocitose com eosinofilia e ANAs negativos.

A biópsia cutânea mostrou achados morfológicos de fasceíte eosinofílica. A ressonância magnética confirmou espessamento do revestimento cutâneo nos locais atingidos.

Foi iniciada prednisolona oral (50mg/dia), sem qualquer melhoria após dois meses de tratamento; associou-se metotrexato oral, com titulação da dose até 20mg semanais, sem resposta. Optou-se por associar micofenolato de mofetil (MMF), titulado até 3g/dia, com melhoria ligeira do espessamento cutâneo. Por manter limitações importantes na deambulação e mobilidade nas articulações dos membros, iniciou programa de reabilitação física e fototerapia com PUVA sistémico, tendo cumprido 30 sessões, com melhoria da sintomatologia e recuperação funcional praticamente total.

Este caso ilustra o impacto e dificuldade no tratamento desta patologia. Só com uma abordagem multidisciplinar, que incluiu vários fármacos imunossupressores, fototerapia e reabilitação motora, foi possível a recuperação funcional. Existe relutância na associação de PUVAterapia e imunossupressores sistémicos, como o MMF, pelo risco de carcinogénese cutânea. Neste caso, a associação provou benefício marcado, podendo justificar-se vigilância de neoplasias cutâneas a longo prazo. Este caso corrobora ainda o papel do MMF e da PUVAterapia sistémica nesta patologia, com escassos relatos do seu uso na literatura.

CC24 - Dupilumab na dermatite urticariana – uma alternativa terapêutica

André Aparício Martins¹, J. Teixeira¹, J. Soares¹, J. Xará¹, J. C. Cardoso¹, M. Gonçalo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

A dermatite urticariana (DU) é uma erupção cutânea crónica e recidivante, caracterizada por pápulas/placas urticariformes, com mais de 24 horas de evolução, a que se associam de forma concomitante ou sequencial lesões eczematiformes. A DU parece corresponder a um padrão de reação cutânea, que pode anteceder várias dermatoses, contudo, num subgrupo de doentes não é identificada qualquer causa ou doença subjacente.

Doente do sexo feminino, 77 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com dermatose altamente pruriginosa, disseminada e recidivante, com 6 meses de evolução, caracterizada por pápulas e placas urticariformes, com duração de 24-48 horas e resolução completa, ocasionalmente com “bruising”, outras mais persistentes recobertas por vesículas e crostas, e lesões de “grattage”. Pontualmente as lesões ocupavam mais de 75% da superfície corporal e não eram evidentes outras alterações ao exame objetivo. Negava dor cutânea, febre ou artralgias. Analiticamente apresentava apenas elevação da IgE (>300UI/mL) e VS (27mm/h), anticorpos anti-pele e outros auto-anticorpos negativos, imunofenotipagem do sangue periférico e pele sem populações anómalas. A biópsia cutânea demonstrou espongiose mínima e infiltrado linfocitocitário perivascular na derme superficial, com raros eosinófilos. Imunofluorescência direta negativa. Assim, foi estabelecido o diagnóstico de DU. Perante a ineficácia de vários ciclos de corticoides sistémicos e intolerância gastrointestinal à ciclosporina, azatioprina e metotrexato, foi instituída terapêutica com dupilumab 300mg cada 14 dias. Após dois meses, observou-se resolução completa da sintomatologia e um ano depois a doente mantém-se assintomática sob dupilumab.

O diagnóstico de DU requer comprovação histopatológica de uma “reação de hipersensibilidade dérmica” (infiltrado perivascular na derme superficial/média, constituído por linfócitos e eosinófilos) mas associado a espongiose. Os corticoides sistémicos são a primeira linha terapêutica, no entanto, dado a recidiva frequente são utilizados metotrexato, micofenolato de mofetil e ciclosporina. A utilização de dupilumab, apesar de pouco descrita na literatura, parece constituir uma alternativa eficaz em casos refratários.



CC25 - Síndrome autoinflamatória não classificável associada a pioderma gangrenoso: terapêutica com anti-IL1

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, B. Granja^{1,3}, P. Matos¹, F. Azevedo¹, S. Magina^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

Os avanços recentes na compreensão da patogénese da autoinflamação resultaram na identificação de várias síndromes autoinflamatórias associadas ao pioderma gangrenoso (SAIAPG) como entidades clínicas distintas. No entanto, alguns doentes não se enquadram na classificação atual, constituindo um desafio terapêutico significativo.

Caso clínico

Homem caucasiano de 26 anos, encaminhado para a consulta de Dermatologia por quadro de nódulos inflamatórios/abscessos cutâneos recorrentes nos membros e tronco desde os 11 anos de idade. Necessidade de drenagem cirúrgica em múltiplas ocasiões, sem isolamentos microbiológicos em cultura. Apresentava igualmente lesões acneiformes, episódios de vasculite leucocitoclástica dos membros inferiores (documentada histologicamente), e episódios de lesões ulceradas clínica e histologicamente compatíveis com pioderma gangrenoso. As lesões respondiam favoravelmente a corticoterapia em doses elevadas, mas recidivavam com o desmame e não respondiam a outras terapêuticas, nomeadamente retinóides orais, antibióticos orais, dapsona e adalimumab (neste último com agravamento). A condição clínica deteriorou-se, com necessidade mantida de prednisolona >20 mg/dia. A hipótese de síndrome autoinflamatória foi considerada, com solicitação de um painel NGS de 99 genes (incluindo PSTPIP1/NCSTN/NOD/MEFV), negativo. No entanto, o doente apresentava manifestações enquadráveis no âmbito das SAIAPG, encaixando-se mais no espectro VPASH (vasculite, pioderma gangrenoso, acne, hidradenite supurativa - apesar da ausência desta última). Devido à gravidade do caso e com base em casos de resposta favorável a anti-IL-1 em casos refratários de pioderma gangrenoso e síndromes autoinflamatórias, foi iniciada terapêutica *off-label* com Anakinra (100 mg/dia, subcutâneos). O doente apresentou uma melhoria clínica e da qualidade de vida marcadas, encontrando-se pela primeira vez por períodos consideráveis sem necessidade de corticóide oral, contando atualmente com 2 anos de seguimento.

Discussão

Os doentes podem apresentar quadros clínicos sugestivos de SAIAPG não enquadrados nas categorias existentes, e os anti-IL-1 apresentam-se como uma terapêutica potencial, mesmo nestes casos não classificáveis.

AUTOIMUNE

CC26 - Micofenolato de Mofetil Como Alternativa Eficaz Num Caso De Lúpus Eritematoso Discoide Refratário

Carlos M. Nogueira¹, J. S. Silva², C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, T. Pereira¹, S. Lopes¹, C. Brito¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga

²Serviço de Anatomia Patológica da Unidade Local de Saúde de Braga



O lúpus eritematoso discoide é uma forma crónica de lúpus eritematoso cutâneo. Afeta predominantemente áreas fotoexpostas, como a face e couro cabeludo, associando-se a doença sistémica numa minoria de casos.

Relatamos o caso de uma doente de 53 anos, fumadora, sem outros antecedentes pessoais relevantes, avaliada por um quadro de alopecia e lesões cutâneas da face. Ao exame objetivo, apresentava uma placa eritematosa e infiltrada extensa de alopecia cicatricial na região sagital do couro cabeludo, com hiperpigmentação periférica, bem como três lesões semelhantes de menores dimensões na face. A biópsia cutânea foi compatível com o diagnóstico de lúpus eritematoso discoide. Uma anamnese detalhada e o estudo analítico complementar permitiram exclusão de doença sistémica associada.

A doente foi medicada inicialmente com corticoterapia tópica, com aumento da extensão das lesões e aparecimento de novas placas na face, tronco e membros superiores. Foi iniciada terapêutica com hidroxycloquina e, mais tarde, associada prednisolona oral, com melhoria transitória e reagravamento durante o desmame de corticoterapia. Associou-se posteriormente metotrexato oral, que suspendeu por ausência de resposta e intolerância gastrointestinal. Foram ainda realizadas provas terapêuticas com acitretina e dapsona, suspendidas por falência primária. Optou-se então por iniciar tratamento com micofenolato de mofetil, com redução da atividade inflamatória e estabilização das lesões nos meses subsequentes.

As lesões de lúpus eritematoso discoide cursam tipicamente com alterações cicatriciais e pigmentares permanentes potencialmente desfigurantes, como neste caso. O objetivo do tratamento foca-se em prevenir a progressão da doença e minimizar sequelas permanentes das lesões, o que nem sempre é possível. Até à data, não existem orientações terapêuticas claras para formas refratárias aos fármacos de primeira linha e existem poucos estudos relativos ao uso de micofenolato de mofetil, com resultados contraditórios. Este caso de difícil controlo corrobora o potencial papel deste fármaco na doença refratária.

CC27 - Overlap Dermatomiosite/Esclerose sistémica: marcha diagnóstica e tratamento

Rúben Nogueira-Costa¹, G.P. Rosa¹, P. Gomes¹, J. Pinheiro², C. Costa², E. Ferreira³, A. Pedrosa¹, E. Moreira¹, F. Azevedo¹

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

² Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

³ Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO:

A escleromiosite consiste no *overlap* clínico entre a dermatomiosite e esclerose sistémica. A dermatomiosite manifesta-se habitualmente por fraqueza muscular proximal, alterações cutâneas como as pápulas de Gottron e eritema heliotropo e um painel de autoimunidade característico. A esclerose sistémica manifesta-se com espessamento cutâneo e envolvimento multiorgânico, nomeadamente pulmonar e gastrointestinal.

CASO CLÍNICO:

Sexo feminino, 64 anos, com antecedentes de linfoma não Hodgkin, em remissão, apresenta-se em consulta por fraqueza muscular proximal com 6 meses de evolução, disfagia, edema e eritema da face com heliotropo e telangiectasias labiais, alterações poiquilodérmicas do decote e dorso, edema e espessamento dos antebraços e mãos com pápulas de Gottron e dilatação capilar periungueal. O painel de autoimunidade revelou ANA >1/640 padrão nucleolar, anti-TIF1-γ fortemente positivo e anti-Ro 52 fracamente positivo. A nível muscular de relevar uma ligeira elevação CK e aldolase, RMN coxas com edema muscular intersticial difuso, atrofia e infiltração lipomatosa, compatíveis com miosite, eletromiografia com traçado miopático e



biópsia muscular com alterações de perfil miopático e inflamatório enquadrável na dermatomiosite. Na manometria esofágica constatou-se total ausência de contractilidade tendo colocado uma gastrostomia percutânea endoscópica. Pela associação paraneoplásica do anticorpo anti-TIF- γ realizou tomografia computadorizada torácica-abdomino-pélvica e PET que não revelaram neoplasia oculta. Os estudos endoscópicos mostraram uma ectasia vascular antral gástrica (GAVE), sem evidência de neoplasia. Iniciou corticoterapia oral na dose de 0.5mg/Kg em desmame, Rituximab (1g EV em 2 tomas separadas por 15 dias) e IgEV mensal na dose de 2mg/Kg, com melhoria significativa quer do ponto de vista cutâneo quer motor, com recuperação da mobilidade e deglutição.

DISCUSSÃO:

A doente encontra-se em seguimento pela associação paraneoplásica do anticorpo anti-TIF1- γ . Este caso ilustra a complexidade de manifestações cutâneas associadas à escleromiosite bem como as nuances de tratamento, nomeadamente na gestão da imunossupressão, com corticóide em alta dose e necessidade de rituximab pela miopatia grave.

CICATRIZAÇÃO

CC28 - Oxigenoterapia hiperbárica: uma arma terapêutica no tratamento de pé diabético

Maria Rojão Mouro¹, T. Nunes², F. Azevedo², R. Araújo³, G. Catorze¹

¹Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Egas Moniz,

²Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Egas Moniz,

³Serviço de Anestesiologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa

Introdução: A neuropatia diabética é a principal causa de úlceras nos pés em doentes diabéticos, embora a isquémia, hipertensão venosa e infeção também tenham um papel importante. Clinicamente, são tipicamente perfuradas com bordos hiperqueratóticos e geralmente localizadas em pontos de pressão como cabeças metatarsais, calcanhares e hálux. As úlceras diabéticas são responsáveis por aproximadamente 85% das amputações não traumáticas e têm uma elevada taxa de recorrência. O tratamento precoce é essencial para evitar complicações graves.

Caso clínico: Homem, 60 anos, com diabetes mellitus tipo 2 medicado com metformina + dapaglifozina, 1000+5mg, 2 vezes por dia, com retinopatia e neuropatia diabética.

Internado por necrose do 2º dedo e úlcera perfurante do pé direito. Analiticamente com leucocitose de 15.000/ μ L e PCR 33.9 mg/L. Durante o internamento, por hiperglicemias >300 mg/dL e hemoglobina glicada de 7,8%, foi solicitado ajuste terapêutico pela Endocrinologia. Após cumprimento de 7 dias de meropenem, sem evolução favorável, foi submetido a amputação do 2º dedo e desbridamento plantar. Por persistência de quadro clínico iniciou oxigenoterapia hiperbárica que manteve após a alta (60 sessões de 100 minutos a 2.5 ATA) associada a cuidados de penso no centro de saúde com inadine duas vezes por semana, com cicatrização progressiva e completa.

Conclusão: Este caso sublinha a importância de uma abordagem multidisciplinar e de intervenções precoces e agressivas no tratamento das úlceras diabéticas, incluindo controlo glicémico, antibioterapia, desbridamento cirúrgico, cuidados de penso e oxigenoterapia hiperbárica. A oxigenoterapia, embora dispendiosa, tem mostrado benefícios na cicatrização de úlceras resistentes e na redução da taxa de amputações. A prevenção, com calçado adequado, cuidados regulares dos pés e controlo glicémico rigoroso, continua a ser essencial para evitar a progressão das úlceras.



ONCOLOGIA

CC29 - Leucemia – linfoma de células T do adulto

Lúcia Cossa¹, A. Cunha¹, R. Manuel¹, G. Luciano¹

¹Hospital Central de Maputo

CM, 40 anos, sexo feminino, raça negra, doméstica; com história de evolução de 1 ano antes do internamento com surgimento de pápulas finas pruriginosas nas extremidades e tronco, que melhorou após a toma de fármacos orais que desconhecia; 4 meses antes do internamento com ressurgimento de pápulas pruriginosas de maiores dimensões nas extremidades e tronco, sem resposta aos fármacos anteriormente usados. Referiu ainda perda ponderal, astenia, sem febre, sem anorexia;

Sem antecedentes patológicos conhecidos;

Exame físico: Estado geral razoável, com adenopatias palpáveis nas cadeias cervical, axilar e inguinal sem sinais inflamatórios. Pele com dermatose generalizada caracterizada com pápulas eritematosas que coalesciam formando placas, com escassas áreas de pele sã. Apresentava hiperqueratose plamoplantar.

Diagnóstico provisório: Linfoma cutâneo. Analiticamente com leucocitose acentuada a custa dos linfócitos (73%), VS normal, HIV e RPR negativos, anti-HTLV 1 positivo com CV 275. Biópsia cutânea com proliferação de células linfoides monomórficas com epidermotropismo, CD3 positivo e CD20 negativo.

Diagnóstico definitivo: leucemia – linfoma de células T do adulto

Paciente seguida pela Hematologia.

Leucemia-linfoma de células T do adulto é uma neoplasia maligna agressiva de células T associada a infecção por HTLV-1 e com pobre resposta a quimioterapia. A maioria dos portadores do HTLV-1 vivem em zonas endêmicas como sudoeste do Japão, América latina e África Central e Sub-sahara;

O HTLV-1 está associado a outras doenças como dermatite infecciosa, paraparesia espástica do adulto e uveíte.

O diagnóstico ocorre entre 4ª e 6ª década pois o período de latência até a manifestação da doença é de 20 anos ou mais. 4 formas clínicas foram descritas: aguda, linfomatosa, crônica e indolente. As lesões cutâneas específicas são várias desde máculas, placas, múltiplas pápulas, nodulotumoral, púrpuras e diferentes tipos de lesões cutâneas podem ser observadas concomitantemente em metade dos pacientes.

Na histologia, o epidermotropismo e os microabscessos de Pautrier são características frequentes.

CC30 - Adenocarcinoma Anexial metastático: do desafio diagnóstico ao sucesso terapêutico

João Soares^{1,2}, K. Sousa¹, J. Teixeira¹, J.C. Cardoso^{1,3}, E. Pratas^{2,3}, J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra, Portugal;

²Serviço de Oncologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra, Portugal;

³Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra; Coimbra, Portugal

O adenocarcinoma anexial não especificado de outro modo (AANOS) é um tumor raro e agressivo. Existe pouca evidência sobre o diagnóstico, estadiamento, seguimento e tratamento destes tumores, sobretudo se a apresentação for em estadios avançados.

Apresentamos o caso de um homem de 72 anos, com antecedentes de infeção por VIH, que se apresentou com um nódulo cutâneo occipito-temporal de 4 cm. Foi realizada excisão cirúrgica radical. A histologia



revelou proliferação epitelial intradérmica com padrão infiltrativo trabecular, cordões celulares adelgaçados, com pleomorfismo e atipia focais, presença de focos de diferenciação ductal e invasão perineural. A imunohistoquímica revelou positividade intensa e difusa para citoqueratina 7. O conjunto foi compatível com adenocarcinoma e a excisão foi completa. No estudo deste tipo de tumor, é mandatória a exclusão da possibilidade de se tratar de uma metástase cutânea de outra neoplasia. O estadiamento com PET-CT excluiu lesões metabolicamente ativas à distância, pelo que se concluiu tratar-se de um AANOS primário cutâneo e o doente manteve seguimento em consulta.

Cerca de 44 meses depois, a doença progrediu com metástases ganglionares cervicais, pulmonares e ósseas, e o doente encontrava-se francamente sintomático (dispneico e com queixas álgicas). Após discussão multidisciplinar, iniciou tratamento com Carboplatina e Paclitaxel. O doente não apresentou toxicidade significativa, verificando-se melhoria sintomática rápida e uma resposta parcial após 3 meses de tratamento, que mantém ao fim de 1 ano.

Trazemos este caso pela sua raridade e dificuldade no diagnóstico, estadiamento e seguimento, dada a escassa evidência científica. Também as opções terapêuticas em contexto metastático são baseadas apenas em relatos de caso e algumas séries de casos. A combinação de Carboplatina e Paclitaxel é usada em diferentes tipos de cancro, inclusive tumores ocultos. O uso deste esquema neste tipo de tumor é inovador na literatura médica atual, e poderá ser um esquema terapêutico a considerar.

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA

CC31 - Reação granulomatosa a pigmento vermelho de tatuagem

Maria Cristina Fialho¹, C. Valente¹, A. Ferreirinha¹, A. João¹, B. Duarte¹

¹Serviço de Dermato-venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal

Introdução: As tatuagens são uma prática frequente mas podem acompanhar-se de complicações infecciosas, inflamatórias ou tumorais. O pigmento vermelho é um dos mais associados a reações adversas. Pode conter componentes orgânicos ou inorgânicos que se depositam na derme, sendo o cinábrio (derivado de mercúrio) um dos possíveis responsáveis pelas reações de hipersensibilidade tardia.

Caso clínico: Homem de 53 anos com hepatite B e psoríase crónica em placas, medicado com acitretina e dermatocorticóides. Foi internado por dermatose com 4 meses de evolução caracterizada por pápulas eritematosas com evolução para úlceras dolorosas de limites irregulares, fundo fibrinótico e placas de necrose a esboçar o contorno das áreas de pigmento vermelho de tatuagens no braço esquerdo e perna direita (realizadas há 13 e 20 anos, respectivamente). Associavam-se lesões de psoríase vulgar (PASI 12). A biópsia cutânea foi compatível com reação granulomatosa a tatuagem (pigmento vermelho). Foi inicialmente medicado com prednisolona 0.5mg/kg/dia, com evolução favorável inicial mas agravamento aquando de desmame. Iniciou ainda Tildrakizumab, com resposta PASI100 às 17 semanas. Manteve, porém, nódulos no braço esquerdo, agudizados aquando do desmame de prednisolona e refratários a corticoesteróides tópicos e intra-lesionais.

Discussão: Os granulomas de corpo estranho resultam de reações de hipersensibilidade tardia, com latência de meses ou anos. A eficácia da remoção a laser está relatada na literatura, porém o risco de anafilaxia não deve ser desprezado. Pela sua extensão, a remoção cirúrgica da tatuagem não foi considerada *ad initium*. O uso de biológicos no tratamento de dermatoses granulomatosas não infecciosas parece promissor, justificando-se pelo papel de linfócitos T *helper* e interleucinas da família IL-12 na formação de granulomas. Neste caso, a terapêutica com Tildrakizumab justificou-se pela presença da psoríase, tendo-se observado



estabilização, mas não resolução da reação granulomatosa. No futuro, equaciona-se escalar a imunossupressão sistémica ou remover cirurgicamente as áreas afetadas.

REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

CC32 - Paniculite lipomembranosa induzida por injeções repetidas de progesterona para aumento da libido em Angola

Inês Pereira Amaral^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Soares^{1,2}, F. Silva Monteiro^{1,2}, I. Tribolet Abreu^{1,2}, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

As injeções subcutâneas de progesterona nas nádegas são amplamente utilizadas em Angola por pessoal não-médico, com diferentes finalidades, entre elas o aumento do desejo sexual em mulheres em idade fértil. Embora as complicações locais sejam geralmente leves a moderadas, em casos raros, especialmente quando associadas ao uso inadequado, podem ocorrer complicações graves, como a necrose adiposa e a paniculite lipomembranosa.

Reportamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 26 anos, fototipo VI, natural de Angola, que recorreu ao Serviço de Urgência de Dermatologia pelo surgimento de nódulos eritematosos e dolorosos, nas pernas e coxas com 3 meses de evolução.

A doente referia que, em Angola, realizou vários tratamentos com injeções subcutâneas de progesterona (200 ampolas de 1 mL com 25mg/mL de progesterona diariamente), por pelo menos seis meses, com o início das lesões cutâneas um mês após a interrupção do tratamento, o qual foi realizado com o intuito de aumentar a libido.

Tinha sido tratada previamente com prednisolona oral 20mg/dia durante uma semana, sem resolução das lesões. Os exames laboratoriais revelaram um ligeiro aumento da proteína C reativa (3,26mg/dL), sem outras alterações significativas. O teste IGRA foi negativo. A biópsia cutânea revelou um infiltrado inflamatório granulomatoso envolvendo toda a derme e hipoderme, com esclerose e necrobiose de colagénio, necrose adiposa e alterações lipomembranosas. Não foram observados depósitos de mucina nem microrganismos nas colorações PAS e Ziehl-Neelsen. Testes de PCR e exames microbiológicos da biópsia foram negativos para bactérias, fungos e micobactérias.

Foi estabelecido o diagnóstico de paniculite lipomembranosa induzida por injeções repetidas de progesterona subcutânea.

Este caso destaca a importância de reconhecer o uso inapropriado e off-label de substâncias injetáveis, especialmente com finalidades estéticas, em países em desenvolvimento, como Angola. O uso impróprio por profissionais não qualificados pode levar a complicações graves e de difícil tratamento, como a paniculite lipomembranosa. Esta patologia associada à injeção de progesterona é rara, com escassos casos descritos na literatura.

PARASITOSE

CC33 - Nódulo ulcerado no mento após viagem ao México

Mélissa M. de Carvalho¹, S. Cortes^{2,3}, J. M. Cristóvão², J. C. Cardoso⁴, G. Catorze¹, J. T. Sousa¹, A. Miroux Catarino¹



¹Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

²Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA)

³Global Health and Tropical Medicine (GHTM)

⁴Serviço de Dermatovenereologia. Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Homem, 32 anos, observado em consulta de Dermatologia por nódulo eritematoso, 3x3cm, com centro ulcerado com fundo recoberto por escasso exsudado amarelado e escama-crosta branca-acastanhada no mento, à esquerda, com 2 meses de evolução. Já teria realizado vários ciclos de antibioterapia oral sem melhoria. Referia viagem ao México 6 meses antes. Foi realizada biópsia cutânea para exame histopatológico que identificou macrófagos dérmicos com múltiplos amastigotas intracelulares. Foi posteriormente identificada a espécie *Leishmania mexicana* por tipagem molecular através de reação em cadeia da polimerase e análise do polimorfismo de fragmentos de restrição (PCR-RFLP) na amostra de pele. Iniciou itraconazol 200mg 12/12h com melhoria progressiva.

A leishmaniose é uma doença parasitária provocada por um protozoário do género *Leishmania* spp. transmitida por picada de insetos flebotomíneos. É uma parasitose endémica nos países tropicais, subtropicais e Bacia Mediterrânica, distribuindo-se pelo Velho Mundo (África, Ásia, Médio Oriente, Bacia Mediterrânica e Índia) e Novo Mundo (América Central e do Sul). A leishmaniose cutânea manifesta-se por pápulas ou nódulos, mais frequentemente únicos, habitualmente em áreas expostas (face e membros). Estas lesões primárias, tipicamente indolores, evoluem com necrose e ulceração central, curando com cicatriz. A espécie *Leishmania mexicana*, cujo principal reservatório são os roedores, é sobretudo frequente na América Central e México. Esta espécie é responsável por leishmaniose cutânea, verificando-se resolução espontânea em mais de 75% dos doentes no espaço de 3 meses. O diagnóstico de leishmaniose é feito através da identificação de amastigotas nos tecidos/órgãos infetados. O tratamento está indicado na doença visceral, mucocutânea ou cutânea com lesões complexas, onde se incluem as lesões faciais.

Segundo o nosso conhecimento, é a primeira vez que *Leishmania mexicana* é isolada em Portugal, tratando-se de um caso de importação. Relembramos também a apresentação clínica típica desta importante parasitose.

CC34 - Sarna crostosa em doente com múltiplas comorbilidades tratada com dupilumab por prurigo crónico

Cristina Gonçalves Castro¹; C. Claro¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

Introdução:

A sarna crostosa (SC) constitui uma forma grave de escabiose, caracterizada pela infestação disseminada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. É mais frequente em doentes imunodeprimidos e com dermatoses pré-existentes, nomeadamente o prurigo crónico (PC).

Descrição do Caso:

Retrata-se o caso de uma mulher de 60 anos, seguida em consulta de dermatologia por PC grave, refratário a múltiplas terapêuticas, que havia iniciado dupilumab há 2 meses com boa resposta clínica. Apresenta múltiplas comorbilidades, nomeadamente infeção por VIH (estádio 3 CDC), insuficiência renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral isquémico com hemiparésia e dificuldade na marcha sequelares. A doente foi admitida no serviço de urgência por quadro de náuseas, dor abdominal e síncope, mais tarde enquadrados no diagnóstico de coma hiperosmolar hiperglicémico. Durante este episódio foi pedida observação por dermatologia por dermatose eritrodescamativa generalizada, com placas hiperqueratósicas espessas e amareladas com particular acometimento do couro cabeludo, face, pregas e



áreas acraais. O diagnóstico de SC foi estabelecido com base na apresentação clínica, fatores de risco, achados dermatoscópicos e visualização direta do parasita em amostra de raspado cutâneo.

Tratamento e Evolução:

Iniciou terapêutica antiescabiótica sistêmica e tópica durante 1 mês, que cumpriu em regime de internamento motivado por fraco suporte familiar. A equipa médica assistente decidiu interromper terapêutica com dupilumab por receio de imunossupressão acrescida. Teve alta após término do tratamento com resolução completa da parasitose, porém com reagravamento de lesões de PC. Retomou dupilumab 2 semanas depois, mantendo boa resposta clínica e sem recidiva da parasitose 4 meses após alta.

Conclusão:

Este caso sublinha a complexidade da tomada de decisão relativamente à interrupção de terapêutica biotecnológica em contextos infecciosos. Escasseiam dados robustos para estabelecimento de causalidade entre inibição Th2 e desenvolvimento de SC, pelo que a suspensão destes fármacos deve ser ponderada individualmente.

CC35 - Urgência em dermatologia – uma surpresa sob as escamas

Mariana Ventura Pedrosa¹, D. Caetano¹, D. Flor¹, F. Mano¹, J. Teixeira¹, M. Brites Xavier¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Uma doente de 86 anos recorreu ao Serviço de Urgência por placas hiperqueratósicas extensas, de bordos bem definidos sobre pele eritematosa brilhante, localizadas ao tronco anterior e posterior, membros superiores e inferiores e face, aqui acantonadas na região peri-orbitária bilateralmente. As lesões evoluíam há cerca de 4 meses e eram maioritariamente assintomáticas.

A doente residia em domicílio próprio e era parcialmente dependente para as atividades de vida diária, tendo antecedentes pessoais de seguimento na Hematologia por insuficiência medular com necessidade transfusional recorrente e sob prednisolona 5mg/dia.

À dermatoscopia, foi possível observar o sinal da asa delta e a presença de sulcos acarinos e no raspado das placas com utilização de óleo mineral, identificaram-se ácaros à microscopia ótica, tendo sido estabelecido o diagnóstico clínico de escabiose crostosa.

A escabiose crostosa caracteriza-se pela presença de placas hiperqueratósicas relacionadas com a elevada carga acarínica existente, habitualmente em doentes imunodeprimidos, podendo apresentar-se de forma florida num espectro amplo de manifestações que evocam desde psoríase em placas até eritrodermia.

Este caso clínico vem reforçar que a exuberância das manifestações dermatológicas desta variante de escabiose pode ser inclusivamente motivo de avaliação em Urgência.

Perante este quadro, está indicada a terapêutica combinada com permetrina a 5% e ivermectina 200µg/kg/dose, que a doente iniciou, utilizando como coadjuvante vaselina salicilada a 5%, com resolução total das lesões 2 semanas após instituição de terapêutica.

TECIDO CONJUNTIVO

CC36 - Doenças perfurantes – a propósito de dois casos clínicos

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, F. S. Monteiro^{1,2}, M. D. Reis^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes



As dermatoses perfurantes caracterizam-se por nódulos e pápulas que correspondem à eliminação transepidérmica de componentes da derme. Existem quatro formas primárias clássicas: doença de Kyrle, colagenose perfurante reativa, elastosis perforans serpiginosa e foliculite perfurante. A dermatose perfurante adquirida corresponde à forma secundária desta doença, sendo que esta engloba todas as dermatoses perfurantes associadas com diabetes melitos, doença renal crónica e, raramente, outras doenças.

Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos, natural da China, encaminhada ao Serviço de Urgência de Dermatologia por nódulos pruriginosos nos membros inferiores com uma semana de evolução. Tratava-se de uma doente com multipatologia e polimedicada, mas a destacar uma nefrite intersticial aguda com necessidade de indução dialítica há cerca de três meses e diabetes mellitus tipo 2 com complicações microvasculares e macrovasculares graves.

Ao exame objetivo, constataram-se nódulos eritematosos com crosta central agrupados na face anterior de ambas as pernas, alguns escoriados. Foram colocadas as hipóteses de dermatose perfurante, eczema herpeticum ou eczema esteatósico. Realizou-se biópsia cutânea que foi compatível com colagenose perfurante reativa. A doente iniciou dermocorticóide com discreta melhoria. Contudo, um episódio de isquémia aguda do membro inferior direito levou a que a doente fosse submetida a uma amputação transfemoral de emergência. Após este episódio, constatou-se uma melhoria da função renal nos meses seguintes que se fez acompanhar de resolução total da dermatose.

Apresentemos um segundo caso de uma mulher de 50 anos, encaminhada à consulta de Dermatologia por manchas eritematosas arciformes dispersas por toda a região cervical e axila esquerda com 3 semanas. De antecedentes, destacava-se doença de Wilson diagnosticada aos 28 anos, medicada com penicilamina desde essa altura. A biópsia cutânea confirmou a hipótese diagnóstica de elastose perfurante serpiginosa.

Estes dois casos ilustram duas formas clássicas de dermatoses perfurantes, entidades que representam um desafio diagnóstico e terapêutico pela sua raridade.

Simpósio Luso-Espanhol AEDV/SPDV

AUTOIMUNE

SC01 - Dermatosis neutrofílica asociada a lupus eritematoso sistémico (SLE-associated neutrophilic dermatosis, SLEAND): serie de casos

Elena Lucía Pinto Pulido

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

El lupus eritematoso neutrofílico no bulloso o dermatosis neutrofílica asociada a lupus eritematoso sistémico (*SLE-associated neutrophilic dermatosis*, SLEAND) es una variante infrecuente de lupus cutáneo. Presentamos los casos de tres pacientes cuya clínica e histología son características de esta entidad.

Se trata de dos mujeres (52 y 53 años) y un varón (56 años) con lupus eritematoso sistémico, hasta el momento bien controlado que consultaron por lesiones cutáneas pruriginosas, cada una de ellas de entre 2 y 7 días de duración, que habían ido apareciendo durante los últimos 1-4 meses, asociando artralgias en dos de ellas. Las lesiones consistían en placas eritematosas redondeadas, edematosas, sin componente epidérmico, infiltradas a la palpación, localizadas en tronco, extremidades y, en uno de los pacientes, en



zona facial. A nível histológico mostraban un infiltrado neutrofílico en dermis con marcada leucoplasia y degeneración vacuolar de la capa basal, sin datos de vasculitis. Dos de los pacientes mostraron positividad lineal a lo largo de la membrana basal en el estudio de inmunofluorescencia directa. Los tres pacientes mejoraron tras añadir un ciclo de prednisona oral en dosis descendente desde 30 mg al día y antihistamínicos orales.

A pesar de ser poco conocido, este tipo de lupus cutáneo presenta unas características clínicas e histológicas bien definidas. Consiste en la aparición de placas de aspecto urticarial pero no evanescentes, sin presencia de ampollas o vesículas (a diferencia del lupus bulloso). A nivel histológico se observa un infiltrado neutrofílico en dermis con marcada leucoplasia junto con degeneración vacuolar de la capa basal. La ausencia de datos de vasculitis o edema dérmico marcado permiten diferenciarlo de la urticaria vasculitis o el síndrome de Sweet. En torno a la mitad de los pacientes muestras inmunofluorescencia directa positiva. Las lesiones cutáneas suelen responder a antipalúdicos y corticoides orales. Resulta importante conocer esta entidad por su importante asociación con el lupus eritematoso sistémico, pudiendo constituir la primera manifestación de esta enfermedad.

SC02 - Rituximab na terapêutica de manutenção do pênfigo vulgar: fixo vs. on demand - estudo multicêntrico

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, D. Bernardo³, F. Mota⁴, J. Matos⁵, M. Ribeiro⁶, S. Lopes⁶, R. Guedes⁵, O. Pereira⁴, I. Raposo³, M. J. Cruz^{1,2}, F. Azevedo¹, A. Mota^{1,2,7}

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

² Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

⁴ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães, Portugal

⁵ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Vina Nova de Gaia, Portugal

⁶ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal

⁷ CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O rituximab é um tratamento eficaz para o pênfigo vulgar (PV), mas o regime ideal para a terapêutica de manutenção – intervalos fixos *versus* aquando de recidivas, permanece controverso. Pretendemos comparar o curso de doentes tratados em ambos os esquemas, com o objetivo de fornecer dados para otimização de potenciais regimes de manutenção.

Materiais e métodos

Análise retrospectiva de doentes com PV tratados com rituximab em 5 hospitais portugueses. Foram recolhidos dados demográficos, informações sobre as administrações de rituximab e respetivos resultados clínicos. Definiu-se doentes sob esquema fixo aqueles com administrações aos 6, 12 e 18 meses, e *on demand* quando apenas em caso de recidiva.

Resultados

Foram incluídos 28 doentes na análise (18 mulheres; 64%), com uma idade mediana de 57 anos. As terapêuticas prévias incluíram corticosteróides orais (100% dos doentes), azatioprina (18 doentes; 64%), micofenolato mofetil (6 doentes; 21%) e imunoglobulinas endovenosas (4 doentes; 14%). O seguimento médio após o diagnóstico foi de 5,4 anos e o tempo médio de seguimento após início do rituximab foi de 3,9



anos. Todos tiveram uma resposta inicial ao tratamento, mas 54% recidivaram (mediana de 1 recaída). Quinze doentes (54%) foram submetidos a esquema de manutenção fixo e 13 *on demand* (46%). Estes grupos não exibiram diferenças relativamente a género/idade. A regressão de Poisson, ajustada ao tempo de seguimento, não revelou diferenças significativas entre os grupos no que concerne à probabilidade de recidiva (coeficiente=-0,700;p=0,290), taxa/número de recidivas (coeficiente=-1,06;p=0,073) e dose cumulativa de rituximab (coeficiente=0,15;p=0,513). Adicionalmente, não houve diferença entre os dois grupos no tempo até à primeira recidiva (1,6 anos *on demand* versus 1,3 anos fixo;p=0.31).

Discussão

Não foi objetivada superioridade de nenhum dos regimes relativamente à probabilidade de recidiva/dose cumulativa de rituximab, sugerindo uma potencial margem para ajuste/adaptação, tendo em conta as características, particularidades e preferências manifestadas pelo doente e respetivo clínico.

EPIDEMIOLOGIA

SC03 - La realidad de la migración en patera. Descripción de la morbilidad asociada y caracterización de las lesiones cutáneas

José González-Rodríguez¹, E de la Rosa-Fernández¹, P Llansó-Florent², S Garrido-Ríos³, I Loizate Sarrionandia¹, E Benítez-García¹, D García Silvera¹, R Fernández-de-Misa Cabrera¹

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

² Centro de Salud de Santa Úrsula, Santa Cruz de Tenerife, España.

³ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Canarias es la puerta de entrada a la UE para miles de personas al año, muchas de estas llegan por mar en pateras. Las condiciones del viaje hacen que los migrantes presenten a su llegada cuadros clínicos complejos.

OBJETIVO

Evaluar las características de los pacientes atendidos en un hospital terciario tras un viaje en patera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo transversal que incluye los pacientes migrantes tras viaje en patera que requirieron ingreso en el CHUNSC durante el año 2023. Se evalúan el circuito asistencial, las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

RESULTADOS

Fueron atendidos en Urgencias 485 pacientes. Noventa y tres (19,2%) requirieron ingreso, 85 (91,4%) eran varones y la edad media de 23 años. La duración media del ingreso fue de 29 días. Veintidós pacientes (23,6%) ingresaron en la UCI durante 7,6 días de media.

Los cuadros clínicos más frecuentes fueron: anemia (73,1%) y rabdomiólisis (62,5%). 76 pacientes presentaron lesiones cutáneas (81,7%). Predominaron en piernas (68,4%), pies (67,1%) y glúteos y sacro (56,6%). Treinta y seis (38,7%) fueron intervenidos quirúrgicamente; se realizó desbridamiento de necrosis cutánea en 22, injerto cutáneo en 21 y amputaciones en 12.



Se obtuvieron 35 cultivos positivos en los que *S. aureus*, *P. aeruginosa* y *S. algae* fueron los patógenos más frecuentemente aislados.

CONCLUSIONES

Las extremas condiciones del viaje en patera desencadenan cuadros complejos y graves, siendo las lesiones cutáneas y de partes blandas las que marcarán el pronóstico frecuentemente. Por lo que es necesario un manejo correcto de estos cuadros y las comorbilidades asociadas.

GENODERMATOSE

SC04 - Epidermólisis ampollosa y morbimortalidad: serie de casos

Elsa Benítez García, E. de la Rosa Fernández, J. González Rodríguez, D. García Silvera, H. Morales Moreno, M. Herrero Moyano, M.N. Hernández Hernández, J. Suárez Hernández, S. Dorta Alom
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Canarias, España.

Introducción

La epidermólisis ampollosa (EA) representa un grupo genética y clínicamente heterogéneo de trastornos hereditarios caracterizado por una extrema fragilidad mucocutánea causada por mutaciones en genes que codifican proteínas implicadas en la adhesión dermoepidérmica. Comprende 4 tipos principales: simple, juntural, distrófica y síndrome de Kindler. En España, se estima que existen aproximadamente 1000 personas con EA, siendo la incidencia de 50 casos por cada millón de nacidos vivos. De manera similar, en Portugal, la incidencia se sitúa alrededor de 41,9 casos por millón.

Objetivo

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con EA hereditaria atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EA atendidos en este centro hospitalario en los últimos 16 años.

Resultados

Se registraron 8 pacientes con EA. La edad mediana fue de 13 años, el 62.5% fueron varones y el 75% eran tinerfeños. Respecto a las formas clínicas, 6 (75%) casos correspondieron a EA distrófica recesiva (EADR; 5 generalizadas y 1 localizada), 1 EA juntural (EAJ) localizada y 1 aún no había sido tipificado. Los casos de EA localizada eran formas pretibiales; entre ellos destaca el paciente con EAJ, que presentaba amelogénesis imperfecta hipoplásica asociada. El 25% de los pacientes tenían antecedentes familiares. El diagnóstico de EA se confirmó mediante estudio genético en 7 (87.5%) pacientes, siendo la mutación c.6527insC en el gen COL7A1 la más frecuente, responsable del 100% de los casos de EADR generalizada. Las complicaciones clínicas sólo se observaron en los pacientes con EADR generalizada, siendo las predominantes las infecciones locales, el retraso del crecimiento, la microstomía y la anquiloglosia, las contracturas musculares y la disfagia. Las más graves fueron la sepsis y el desarrollo de carcinoma escamoso. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento.



Conclusión

La EA es clínicamente heterogénea e incluye un amplio espectro de gravedad. La característica definitoria es la fragilidad mucocutánea y la consecuente formación recurrente de ampollas y cicatrices que condicionan la mayoría de las complicaciones. En nuestra serie, la EADR generalizada fue el subtipo más frecuente y el único que cursó con complicaciones sistémicas. Los resultados obtenidos en esta serie sugieren que el abordaje de esta enfermedad debe ser multidisciplinar, enfocado en la prevención y tratamiento sintomático tanto de las manifestaciones cutáneas como sistémicas, con el objetivo de disminuir así la morbilidad asociada.

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

SC05 - MIRM em adultos: casuística de 5 casos

Diogo de Sousa¹, I Soares¹, D Mancha¹, JP Vasconcelos¹, L Soares-Almeida^{1,2}, M Alpalhão^{1,2,3,4}, P Filipe^{1,2,3}

¹Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisbon, Portugal

²Dermatology University Clinic, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal

³Dermatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

⁴Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas, Lisbon, Portugal

A mycoplasma-induced rash and mucositis (MIRM) é uma condição rara, desencadeada pela infeção por *Mycoplasma pneumoniae*, caracterizada pelo envolvimento extenso das mucosas com envolvimento cutâneo mínimo. Este estudo teve como objetivo caracterizar a apresentação clínica e a evolução do MIRM em adultos. Foram incluídos cinco casos com idade média de 25 anos, sendo 80% do sexo masculino. Todos os pacientes apresentaram sintomas respiratórios prodrómicos, como tosse e febre, precedendo o início da apresentação mucocutânea. O envolvimento das mucosas foi significativo, com lesões orais em todos os casos, variando de erosões isoladas a envolvimento esofágico grave. Lesões urogenitais, incluindo lesões vesiculobolhosas e ulcerações, foram observadas em todos os pacientes, e 75% dos pacientes do sexo masculino apresentaram eritema escrotal doloroso com ulceração superficial. O envolvimento ocular, manifestando-se como conjuntivite bilateral purulenta, foi também comum. O tratamento instituído foi variável, incluindo azitromicina, doxiciclina e corticosteroides. Dois casos receberam também imunoglobulina intravenosa (IVIG). Quatro dos cinco pacientes necessitaram de hospitalização, com uma duração média de 10,8 dias. Todos os casos recuperaram sem sequelas graves, embora discromias pós-inflamatórias tenham sido observadas em 60% dos casos. Esta série de casos realça as características clínicas distintas do MIRM, bem como o baixo risco de sequelas graves.

INFLAMATÓRIA

SC06 - Supervivencia del tildrakizumab en pacientes con psoriasis en placas en la práctica clínica (experiencia de 3 años): factores que predicen su discontinuación

Raquel Santos-Juanes Galache, J. Carrero Martín, Á. Nuñez Domínguez, M. López Pando, J. Santos-Juanes, C. Galache

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias, España



Introducción

En la práctica clínica diaria conocer los factores que determinan las diferencias de supervivencia de los fármacos biológicos permite optimizar el tratamiento de la psoriasis en función de las características del paciente. Los objetivos principales de este trabajo son comprender la supervivencia del fármaco tildrakizumab en pacientes diagnosticados de psoriasis en placas en el servicio de Dermatología del HUCA, e identificar los factores predictivos de la interrupción del tratamiento.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo hospitalario que incluyó datos de 100 pacientes que recibieron tildrakizumab (Ilumetri®) entre el 1 de enero de 2021 y el 30 de abril de 2024. Las curvas de supervivencia se aproximaron mediante el estimador de Kaplan-Meier. Se utilizaron modelos de regresión de Cox de riesgo proporcional para el análisis multivariante, mientras que se emplearon los Hazard ratios (HR) no ajustados y ajustados para describir las diferencias encontradas.

Resultados

El estudio multivariante reveló diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con artritis ($p=0,02$), los que habían recibido previamente tratamientos biológicos ($p=0,02$) y los pacientes con hipertensión arterial ($p=0,012$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las otras comorbilidades estudiadas. La primera y la segunda causa más frecuentes de interrupción fueron el fracaso primario y ineficacia para el control de la artritis respectivamente.

Conclusión

Nuestros datos muestran que la supervivencia de tildrakizumab en la práctica clínica real está en el rango superior de los estudios publicados hasta el momento. La presencia de artritis, hipertensión y el uso previo de fármacos biológicos reducen la supervivencia del fármaco.

SC07 - Eficácia e segurança do roflumilast oral no tratamento da psoríase – um estudo prospetivo

Ana Maria Lé¹, M. Luz¹, J. Alvarenga¹, M. Caetano^{1,2}, T. Torres^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: O tratamento da psoríase moderada-a-grave assenta em fármacos sistémicos convencionais e terapêuticas dirigidas biológicas e não-biológicas. Os biológicos são considerados eficazes e seguros, mas dispendiosos, e a sua administração subcutânea pode ser uma limitação. A utilização das terapêuticas sistémicas convencionais é limitada pela monitorização analítica, efeitos adversos e toxicidade. O roflumilast é um inibidor da fosfodiesterase-4 oral, aprovado para o tratamento da DPOC, mas com evidência crescente na psoríase. **Métodos:** Com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança deste fármaco realizámos um estudo prospetivo no qual avaliámos doentes com psoríase moderada-a-grave medicados com roflumilast 500 µg, via oral, em monoterapia. **Resultados:** Um total de 58 doentes foram incluídos, 69% ($n=40$) do sexo masculino, com uma média de idades de 54.3 anos. Registaram-se nesta amostra várias comorbilidades, nomeadamente excesso de peso ($n=23$) /obesidade ($n=19$), dislipidemia ($n=21$), hipertensão arterial ($n=19$), DPOC ($n=4$) e neoplasia ($n=2$). Na baseline, os doentes apresentavam um PASI médio de 13.7. À semana 12, 58.6% (34/58) atingiram PASI75, 32.8% (19/58) atingiram PASI90, e registando-se um PASI médio de 4.7. Previamente a esta reavaliação, 4 doentes abandonaram tratamento por sintomatologia gastrointestinal, 1 doente por limitações económicas, e ocorreu 1 perda de follow-up. À semana 24 ($n=46$) reavaliaram-se 23



doentes com PASI75 (50%). Desde o início do estudo, 22.4% (13/58) suspenderam tratamento por falência primária, 1.7% (1/58) por falência secundária e 17.2% (10/58) por sintomatologia gastrointestinal ou outra (astenia, cefaleias, mialgias). Os sintomas gastrointestinais foram frequentes (44.8%), mas maioritariamente ligeiros e transitórios. A perda ponderal registada em 6 meses foi muito ampla: média 4.9 kg, mínimo 0 kg, máximo 19 kg. Não se reportaram efeitos adversos graves. Conclusão: O nosso estudo suporta a evidência atual de que o roflumilast parece ser uma opção conveniente, de eficácia moderada, e segura no tratamento da psoríase.

ONCOLOGIA

SC08 - Vismodegib no tratamento de Carcinomas Basocelulares Localmente Avançados e Múltiplos: Um Estudo Observacional Retrospectivo de 6 Anos

Ana Gusmão Palmeiro, B. Pimentel, L. Silva, A. M. Catarino, C. Amaro, C. Claro, M. G. Catorze, J. T. Sousa
Hospital de Egas Moniz, Unidade Local de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

O carcinoma basocelular (CBC) pode representar um desafio terapêutico em pacientes com doença localmente avançada. O vismodegib é um inibidor da via hedgehog (Hhi) aprovado para adultos com CBCs recorrentes, localmente avançados ou metastáticos.

Este estudo retrospectivo observacional foi conduzido com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança do uso de vismodegib em doentes com carcinoma basocelular (CBC) localmente avançado e/ou múltiplo. Foram incluídos 34 doentes tratados entre janeiro de 2018 e abril de 2024 no Serviço de Dermatologia do Hospital de Egas Moniz, Lisboa. Todos os pacientes receberam vismodegib na dose de 150 mg/dia até a resolução completa do tumor, progressão da doença ou toxicidade intolerável. Os dados analisados incluíram características demográficas, localização e tamanho do tumor, além de resposta ao tratamento e efeitos colaterais.

A maioria dos doentes (64,7%) era do sexo masculino, com idade média de 81,1 anos. O subtipo histológico mais comum foi o CBC infiltrativo (66,7%), e o local mais frequente do tumor foi o nariz (29,4%). A principal indicação para o tratamento com vismodegib foi CBC localmente avançado (55,9%). O tratamento resultou em resposta clínica em 73,5% dos pacientes, com resposta completa em 26,5% dos casos após uma média de 6,8 meses de tratamento. O tempo médio de tratamento foi de 7 meses, sendo que 58,8% dos pacientes foram tratados por um período de 3 a 6 meses. Os principais motivos para a interrupção do tratamento foram perda de seguimento (32,1%), efeitos secundários (17,9%) e resposta parcial permitindo excisão cirúrgica completa (17,9%). Não foram observados óbitos relacionados ao tratamento. A maioria dos doentes apresentou efeitos colaterais, sendo os mais comuns a ageusia/disgeusia (40,9%), alopecia (36,4%) e mialgias (31,8%). A modificação do regime terapêutico para dias alternados foi necessária em seis pacientes, com melhoria da sintomatologia.

Conclui-se que o vismodegib é eficaz no tratamento de CBC localmente avançado, com boa taxa de resposta e perfil de segurança aceitável, embora os efeitos colaterais devam ser monitorados para otimizar a adesão ao tratamento.



Posteres

ALERGIA CUTÂNEA

P01 - Dermite de contacto alérgica com padrão de pregas associada à aplicação de antifúngicos tópicos

Mélissa M. de Carvalho, A. Gusmão Palmeiro, R. Bajanca, C. Amaro

Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

Homem, 55 anos, observado em consulta de Dermatologia por exantema maculopapular generalizado, simétrico, com acentuação nas grandes pregas com 3 dias de evolução, acompanhado de febre e edema acral. Referia maceração e descamação inguinais semanas antes, pelo que aplicara flotiran creme®. Cerca de 3 meses antes, na sequência de acidente doméstico com imersão prolongada dos pés em água, referia quadro exuberante de maceração, descamação e fissuras interdigitais nos pés para o qual aplicou pevaryl spray® e flotiran creme® em abundância e de forma prolongada. Dias depois, refere dermatose generalizada semelhante medicada com fluconazol, clindamicina, ceftriaxone e prednisolona. No presente quadro, analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi medicado empiricamente com prednisolona 0.5mg/kg/dia e clindamicina com melhoria progressiva e resolução completa em semanas. As biópsias cutâneas revelaram espongiose intensa da epiderme com vesiculação intraepidérmica, com ocasionais neutrófilos, e escassas bactérias na camada córnea na coloração *Gram*. Foram realizadas provas epicutâneas (PE) com a série básica do GPEDC, série de antifúngicos e excipientes disponíveis. De acordo com as orientações da ESCD, estas foram positivas para clotrimazol a 5% *vas.* (++) , tioconazol a 1% *vas.* (+) e pevaryl spray® (++) e negativas para econazol a 1% álcool em D3 e D7. Foi presumido o diagnóstico de dermite de contacto alérgica sistémica (DCAS) com padrão de pregas muito provavelmente ao clotrimazol, pela absorção transcutânea na sequência de perda da integridade da barreira cutânea por exuberante intertrigo interdigital após submersão prolongada.

A DCAS com padrão de pregas caracteriza-se por eritema flexural, muitas vezes acompanhado de eritema difuso dos glúteos e face interna das coxas. Os antifúngicos tópicos são considerados sensibilizantes de contacto raros. Apesar de estarem descritas reações alérgicas cutâneas graves ao clotrimazol com vários padrões morfológicos, este é, tanto quanto sabemos, o segundo caso de DCAS com padrão de pregas associada ao clotrimazol.

P02 - Dermatite de contacto alérgica - um achado inesperado

Diana Bernardo¹, I. Lobo¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

Homem de 62 anos, sem antecedentes de relevo e sem medicação habitual. Observado em consulta externa de Dermatologia por quadro caracterizado por placas eritematodescamativas pruriginosas dispersas pela região cervical e membros inferiores e superiores. No contexto de investigação etiológica, foram realizados testes epicutâneos com a série básica do Grupo Português de Estudo das Dermite de Contacto. Na leitura às 72 horas, foram observadas placas eritematosas com vesiculação ao longo da trajetória desenhada pelo marcador de tinta permanente preta utilizado (Epene®), além da positividade para colofónia 20% pet (+++), bálsamo de peru 25% pet (+) e Kathon CG 0.02% aq (++) . Com base nos constituintes gerais dos marcadores,



foram realizados testes adicionais com série de resinas epóxicas, acrilatos, e corantes azuis e pretos da série têxtil, bem como a utilização de diferentes marcadores. Não foram obtidas positivities adicionais nos testes realizados. A dermatite de contacto alérgica à tinta dos marcadores utilizados nos testes epicutâneos é um evento adverso raramente descrito face à quantidade de testes epicutâneos realizados diariamente. A colofónia e compostos relacionados são os alergénios mais frequentemente implicados como responsáveis pela dermatite de contacto alérgica aos constituintes dos marcadores.

ANOMALIA VASCULAR

P03 - Linfangioma circunscrito do pénis

Ermelindo Tavares¹, E. Ussene²

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia

²Serviço de Anatomia Patológica

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo

Hospital Vila Franca de Xira, EPE

Vila Franca de Xira

Introdução: O linfangioma (LA) é uma malformação hamartomatosa do sistema vascular linfático. Pode ser congénito ou adquirido, superficial (na derme papilar e reticular) ou profundo (no tecido adiposo subcutâneo). O superficial inclui o LA circunscrito enquanto o profundo LA cavernoso e higroma quístico. A maior parte localiza-se na cabeça e pescoço e é diagnosticada nos primeiros dois anos de vida. As modalidades terapêuticas incluem cirurgia, escleroterapia, electrocirurgia, criocirurgia e laserterapia.

Relato de Caso: Homem, 42 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, referenciado com diagnóstico clínico de condilomas acuminados do pénis presentes há um ano. Referia rompimento traumático das lesões com drenagem de conteúdo seroso durante o contacto sexual que se tornou cada vez mais excasso. Negava disfunção erétil, cirurgia, trauma, radiação e infecção recente ou remota. Ao exame objectivo (EO) dermatológico apresentava múltiplas pápulas translúcidas, agrupadas, sésseis, pediculadas e indolores, na glande, sulco balanoprepucial e prepúcio. Não tinha adenopatias inguinais. O EO geral foi normal. Colocou-se como hipótese de diagnóstico LA circunscrito, cuja confirmação foi dada pelo exame histológico. A TAC pélvica foi normal. A opção terapêutica foi o laser de CO₂. Aos 9 meses de seguimento não eram evidentes sinais de recidiva, sinéquias, deformidades e disfunção erétil.

Discussão e conclusão: O LA circunscrito do pénis é raro. A glande é a zona menos afectada. O hamartoma tem grande impacto na vida sexual, não sendo este caso uma excepção. As lesões podem imitar moluscos contagiosos, condilomas acuminados e grânulos de Fordyce. O tratamento depende da extensão e localização da malformação, podendo resultar em deformidades e disfunção sexual erétil. As recidivas podem ocorrer com qualquer modalidade terapêutica.

P04 - Recidiva Tardia de Linfangioma Circunscrito [RETIRADO PELO AUTOR]

~~João Patrocínio^{1,2}, C. Tapadinhas^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares Almeida^{1,2}~~

~~¹Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria~~

~~²Clínica Universitária de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa~~

~~Apresentamos um caso raro de recidiva de Linfangioma Circunscrito (LC) numa mulher de 20 anos, previamente submetida a excisão cirúrgica para tratamento desta condição durante a infância. O LC é uma malformação benigna do sistema linfático, geralmente diagnosticada e tratada em idade pediátrica,~~



~~caracterizando-se por lesões cutâneas em forma de vesículas translúcidas ou hemorrágicas. Apesar de a abordagem cirúrgica precoce ser frequentemente eficaz, existe a possibilidade de recidiva, como demonstrado neste caso. A doente apresentou-se com novas lesões vesiculares surgindo na área pericicatricial, resultante da cirurgia realizada aos dois anos de idade. Estas lesões, assintomáticas, geraram preocupação na doente, especialmente devido ao receio de transformação maligna. Ao exame físico, observaram-se múltiplas lesões vesiculares agrupadas na região da cicatriz cirúrgica, variando de conteúdo claro a hemorrágico. Com base na história clínica da doente e na morfologia característica das lesões, foi realizada uma biópsia punch para confirmar a recidiva de LC. O exame histopatológico revelou a presença de canais linfáticos dilatados na derme, sem sinais de atipia ou malignidade, corroborando o diagnóstico de recidiva de LC. Embora a recidiva tardia de LC seja rara, está documentada na literatura, sobretudo em doentes com história de cirurgia, trauma ou radioterapia na área afetada. Foram discutidas várias opções terapêuticas com a doente, incluindo laserterapia, escleroterapia e reexcisão cirúrgica, no entanto, esta optou por não prosseguir com qualquer intervenção, tranquilizada pela natureza benigna da patologia. Este caso realça a possibilidade de recidiva do LC vários anos após o tratamento inicial, enfatizando a necessidade de vigilância clínica em doentes com antecedentes desta malformação linfática, mesmo após longos períodos de aparente remissão.~~

P05 - Hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia, um diagnóstico a considerar em lesões vasculares crónicas

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, B. Granja¹, P. Gomes¹, R. Costa¹, M. J. Cruz^{1,2}, T. Baudrier¹, A. Mota^{1,2,3}, F. Azevedo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia (HALE) é uma doença vascular e linfoproliferativa, benigna e rara, caracterizada por pápulas e nódulos, mais frequentemente localizados a nível da cabeça e pescoço, que podem cursar com prurido, hemorragia e dor local. Não existe consenso relativamente ao tratamento mais adequado, sendo a taxa de recidiva elevada.

Caso Clínico

Uma mulher de 48 anos foi referenciada a consulta de Dermatologia por pápulas e nódulos vascularizados do pavilhão auricular e região retroauricular direitos, com a suspeita diagnóstica de malformação vascular. As lesões surgiram 16 anos antes, durante a gravidez, mas a doente relatava crescimento recente, com prurido e episódios de hemorragia. Tinha sido previamente submetida a laserterapia CO₂, sem melhoria. Foi realizada RM que revelou lesão vascular, centrada no pavilhão auricular, com marcado espessamento deste e do canal auditivo externo, e angiografia a indiciar malformação vascular com componente de malformação arteriovenosa (MAV) central, na dependência da artéria auricular posterior direita, com outros componentes de malformação (venosos?) mais periféricos. No entanto, as lesões não eram clinicamente sugestivas de MAV, pelo que foi realizada biópsia cutânea para esclarecimento, com a suspeita de HALE *versus* Doença de Kimura. No exame histológico foi objetivada proliferação vascular na derme, constituída por vasos de endotélio tumefacto, com células epitelioides e infiltrado inflamatório mononuclear, com numerosos eosinófilos, achados sugestivos, portanto, de HALE. Perante a impossibilidade de abordagem cirúrgica ou embolização pelo atingimento/localização, foram realizadas sessões de criocirurgia e injeção intralesional de corticóide, com melhoria parcial inicial, mas recidiva posterior.

Discussão



Este caso destaca a importância de considerar a HALE no diagnóstico diferencial de lesões vasculares crônicas, devido à sua semelhança clínica e imagiológica com outras patologias vasculares e linfoproliferativas. A confirmação diagnóstica precoce permite direcionar o tratamento, evitando, assim, intervenções diagnósticas e terapêuticas, invasivas, desnecessárias ou mesmo indutoras de agravamento.

AUTOIMUNE

P06 - Desafios no diagnóstico e gestão da morfeia generalizada: a propósito de um caso clínico

Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹, M. Pupo Correia¹, F. S. Monteiro¹, I.T. Abreu¹, G. Almeida-Silva¹, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

A morfeia generalizada é uma forma rara de esclerodermia localizada, caracterizada por um espessamento e endurecimento generalizado da pele. É considerada rara devido à sua baixa incidência em comparação com outras formas de esclerodermia. Apesar da sua raridade, é importante reconhecer e compreender esta entidade devido ao seu potencial incapacitante e desfigurante. A doença pode afetar vários órgãos e sistemas além da pele. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são cruciais para prevenir complicações.

Apresentamos o caso de uma mulher de 34 anos, com fototipo IV de Fitzpatrick e comorbilidades conhecidas de síndrome depressiva tratada com sertralina. Foi referenciada ao Serviço de Urgência de dermatologia, com placas eritemato-violáceas, infiltradas, de margens mal definidas e de tamanhos variados (entre 5 cm e 30 cm no maior eixo), disseminadas do dorso, abdómen, membros superiores e região mamária bilateral, com um ano de evolução. A doente negou febre, dor torácica, artralgia, fadiga, fenómeno de Raynaud ou doenças mucocutâneas familiares. À observação, além das placas descritas, foram observadas manchas acastanhadas sugestivas de hiperpigmentação pós-inflamatória. O exame histopatológico da biópsia cutânea confirmou o diagnóstico de morfeia. Analiticamente, destacaram-se autoanticorpos ANA positivos (1:160) e negatividade do perfil de esclerose sistémica. Iniciou terapêutica com prednisolona 20 mg em esquema de redução progressiva, metotrexato 12,5 mg/semana e fototerapia (nBUVB). Após o início do tratamento, constatou-se melhoria da dermatose, com algumas placas a evoluírem para manchas e sem o aparecimento de novas lesões até à data. No entanto, sabe-se pela literatura que a resposta ao tratamento é limitada e que a doença pode ser persistente, pelo que o acompanhamento contínuo é fundamental.

Este caso destaca os desafios do diagnóstico e gestão da morfeia, particularmente na sua forma generalizada. O tratamento tem como objetivo travar a progressão da doença, reconhecendo-se, no entanto, a resposta limitada à mesma sobretudo quando a fibrose está instalada. O seguimento a longo prazo é essencial para monitorizar a atividade da doença e a resposta ao tratamento, uma vez que a morfeia pode ser crónica e recorrente. São necessários mais estudos para identificar abordagens terapêuticas mais eficazes e melhorar o prognóstico destes doentes.

P07 - Bacteriemia como complicação grave de penfigóide bolhoso: relato de dois casos com desfecho fatal

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, P. Gomes¹, B. Granja¹, R. Costa¹, A. Pedrosa^{1,2}, M. J. Cruz^{1,2}, A. Nogueira¹, A. Mota^{1,2,3}, F. Azevedo¹



¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O penfigóide bolhoso (PB) é uma doença bolhosa autoimune associada a uma maior mortalidade, comparativamente com a população geral. Este prognóstico resulta não apenas da própria doença, mas de complicações relacionadas relevantes e potencialmente ameaçadoras da vida.

Caso Clínico

Caso 1. Mulher de 86 anos, admitida no internamento de Dermatologia por quadro com um mês de evolução de bolhas tensas dispersas pelo tronco e membros. Foi assumido o diagnóstico de PB, posteriormente confirmado por biópsia, e iniciada corticoterapia. No 10.º dia de internamento, apesar de melhoria sustentada da dermatose, iniciou febre, diplopia e assimetria facial, com exame de imagem a confirmar o diagnóstico de AVC isquémico. Objetivou-se, paralelamente, o isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, em múltiplas hemoculturas, constituindo-se as lesões cutâneas como provável porta de entrada. Foi, adicionalmente, realizado ecocardiograma, verificando-se a presença de endocardite da válvula mitral, e iniciada flucloxacilina endovenosa, mas a condição clínica da doente deteriorou-se, com insuficiência cardíaca aguda, culminando no óbito.

Caso 2. Homem de 76 anos, avaliado no SU de Dermatologia por bolhas tensas, dispersas pelo tegumento com dois meses de evolução, suspeitas de PB (confirmado, posteriormente, por biópsia), admitido no internamento pela extensão da dermatose, associada a prostração, febre e elevação dos parâmetros inflamatórios. Isolamento em hemoculturas de *Streptococcus agalactiae*, com evolução para sépsis grave e disfunção multiorgânica. Houve melhoria parcial das disfunções sob ampicilina e evolução favorável da dermatose. No entanto, ao 15.º dia de internamento, iniciou quadro de dor abdominal difusa, com defesa à palpação, e angio-TC a revelar isquemia mesentérica. Foi submetido a enterectomia segmentar, mas faleceu no decurso do pós-operatório.

Discussão

No contexto de PB, a bacteriemia associa-se a morbimortalidade muito relevante. As lesões constituem uma grave deterioração da barreira cutânea e, assim, uma porta de entrada importante, pelo que os cuidados locais não devem ser negligenciados.

P08 - Uso de anifrolumab em doentes com lúpus cutâneo refratário: relato de dois casos

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, I. Antunes¹, B. Granja¹, P. Gomes¹, R. Costa¹, A. Mota^{1,2,3}, F. Azevedo¹

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

² Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O anifrolumab, anticorpo monoclonal contra o recetor do IFN-1, foi aprovado em 2022 pela EMA para o tratamento de lúpus eritematoso sistémico (LES), moderado a grave, em adultos sem resposta à terapêutica *standard*. Em relatos/séries de casos tem demonstrado adicionalmente eficácia em doentes com predomínio de envolvimento cutâneo.

Caso Clínico



Caso 1. Mulher de 51 anos, com o diagnóstico de lúpus eritematoso com atingimento hematológico e cutâneo 4 anos antes. Seguimento em Dermatologia por lesões de lúpus discóide da face, decote e dorso e esporádica aftose oral. Analiticamente, com positividade dos anticorpos antinucleares, linfopenia e trombocitopenia. Dermatose sem resposta a corticóides tópicos/orais, hidroxycloquina, azatioprina e metotrexato, apresentando um SLEDAI-2K de 6. Iniciou terapêutica com anifrolumab (300 mg/mês), referindo melhoria das lesões cutâneas a partir da primeira toma, exibindo apenas lesões cicatriciais a partir do segundo mês de tratamento.

Caso 2. Mulher de 48 anos com diagnóstico aos 20 anos de LES com atingimento articular e cutâneo. Seguimento em Dermatologia por lesões de lúpus subagudo do decote e vasculopatia/Raynaud grave das mãos, com episódios de úlceras digitais e distrofia ungueal. Analiticamente, com positividade de anticorpos antinucleares, anti-SSa e anti-dsDNA. Agravamento das queixas articulares e cutâneas nos últimos 4 anos, mantendo-se corticodependente (doses 10-20 mg/dia), sem resposta a antimaláricos (cloroquina, hidroxycloquina), micofenolato mofetil e azatioprina, com SLEDAI-2K de 12. Iniciou terapêutica com anifrolumab (300 mg/mês), com resolução das lesões cutâneas do tronco e melhoria da vasculopatia das mãos ao fim de 4 meses de terapêutica.

Discussão

Adicionalmente ao seu papel no controlo do LES, o anifrolumab apresenta dados crescentes de eficácia, especificamente nos casos com envolvimento cutâneo, quer no lúpus subagudo, quer em formas crónicas, posicionando-se como um avanço terapêutico neste domínio.

CIRURGIA DERMATOLÓGICA

P09 - Excisão de carcinoma espinocelular e reconstrução do lábio superior com retalho de avanço mucocutâneo

José Alberto Ramos¹, H. Leme¹, A. M. Silva¹, S. Duarte², A.F. Monteiro¹, J. Goulão¹, J. Alves¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE.

²Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde, Santa Maria.

O carcinoma espinocelular (CEC) é um tumor que afeta frequentemente o lábio superior, e o seu tratamento cirúrgico pode implicar uma reconstrução desafiante. Os resultados estéticos e funcionais desta reconstrução vão ser determinantes na preservação da expressão facial, da comunicação e da alimentação. Nos casos em que o encerramento direto não é possível, existem poucas opções reconstrutivas disponíveis com recurso a retalhos simples.

Homem de 73 anos é observado por uma placa eritematocrostosa com 44x12 milímetros, ocupando mais de 80% do lábio superior, e cuja biópsia incisional revelou um CEC bem diferenciado. Foi então realizada a excisão do tumor, com 5 mm de margem lateral, até ao plano do músculo orbicularis oris. Para a reconstrução do defeito criado, optou-se pelo deslizamento da porção cutânea do lábio superior com recurso a uma incisão pela base nasal para permitir a mobilização dos tecidos, e para encerramento do limite inferior, foi realizado um avanço da mucosa oral. O período intra-operatório e pós-operatório decorreu sem intercorrências. O exame histológico revelou a exérese total da lesão. Aos quatro meses pós-operatório, destaca-se o excelente resultado funcional e cosmético.

Os autores pretendem assim apresentar uma alternativa relativamente simples e viável para a reconstrução de defeitos totais do lábio superior com envolvimento superior a 2/3, com bom resultado cosmético e funcional, que pode ser considerado vantajoso em relação a outros procedimentos classicamente descritos para a mesma finalidade, associados a um maior grau de complexidade e de mobilização de estruturas



anatômicas, como o duplo retalho de avanço em ilha do tipo V-Y, o retalho Yu bilateral e o retalho de Karapandzic.

P10 - Defeito da ponta do nariz – reconstrução com retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral

Ermelindo Tavares

Serviço de Dermatologia e Venereologia
Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo
Hospital Vila Franca de Xira, EPE
Vila Franca de Xira

Introdução: O carcinoma basocelular e espinocelular e os traumatismos são as principais causas de defeitos cirúrgicos nasais requerendo cirurgia reconstrutiva. Obter um bom resultado estético implica conhecer e respeitar, sempre que possível, as subunidades do nariz. O retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral é uma das inúmeras técnicas de reconstrução da ponta e asa, sendo as zonas dadoras o dorso e a vertente lateral, respectivamente. Tem configuração V-Y, em ilha, o pedículo é unilateral e assente no músculo nasal. **Objectivo:** Descrição do retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral e demonstração dos resultados obtidos com esta técnica na reconstrução de defeitos da ponta nasal após exérese de cancro cutâneo.

Material e método: Dois homens, de 75 e 77 anos, foram submetidos à excisão de carcinoma basocelular infiltrativo da ponta nasal, previamente confirmados por biópsia incisional. A reconstrução foi feita com retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral. As cirurgias foram executadas num tempo operatório, sob anestesia local.

Resultado: Não se verificou necrose (parcial ou total) do retalho. Os resultados funcionais e estéticos foram muito aceitáveis.

Conclusão: O retalho miocutâneo nasal de pedículo unilateral, tal como algumas modalidades utilizadas no encerramento da ponta, demonstrou ser uma opção eficiente a nível cosmético e funcional nos dois casos.

P11 - Defeito da pálpebra inferior – reconstrução com retalho miocutâneo pediculado “em ilha” do músculo nasal e orbicular do olho

Ermelindo Tavares

Serviço de Dermatologia e Venereologia
Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo
Hospital Vila Franca de Xira, EPE
Vila Franca de Xira

Introdução: Os defeitos da pálpebra inferior podem ser de espessura parcial ou total e resultam geralmente da excisão de neoplasias cutâneas malignas. A cirurgia reconstrutiva palpebral revela-se muito desafiante, pois requer restauração da anatomia, manutenção da função e, sempre que possível, um resultado estético aceitável. O retalho miocutâneo pediculado “em ilha” é um retalho de transposição de origem zigomática (pedículo no músculo orbicular do olho) ou nasal (pedículo no músculo nasal) com enorme utilidade na reconstrução palpebral inferior.

Objectivo: Descrever o retalho miocutâneo pediculado “em ilha” e demonstrar os resultados obtidos com a sua utilização nos defeitos da pálpebra inferior após exérese de neoplasias cutâneas malignas.



Material e método: Cinco doentes com idade média de 75,2 anos foram submetidos à excisão de cancro cutâneo não melanoma da pálpebra inferior. Quatro apresentavam carcinoma basocelular (CBC) e um deles CBC e espinocelular. Os defeitos tinham um diâmetro médio de 2 cm e todos eram de espessura parcial. A reconstrução foi feita com retalho miocutâneo pediculado “em ilha”, sendo três de origem zigomática e um nasal. As cirurgias foram executadas num tempo operatório, sob anestesia local.

Resultados: Não se registaram complicações peri ou pós-operatórias. Foram obtidos bons resultados estéticos. Nenhum doente desenvolveu ectrópio cicatricial.

Conclusão: O retalho miocutâneo pediculado “em ilha” demonstrou ser eficiente, seguro e uma boa alternativa às modalidades clássicas utilizadas na reconstrução da pálpebra inferior.

P12 - Retalho de Yu Modificado para reconstrução de defeitos no lábio

João Soares^{1,2}, J. Teixeira¹, M. Batista¹, A. Pinho^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra, Portugal;

²Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra; Coimbra, Portugal

A reconstrução do lábio pode ser complexa devido à natureza dinâmica da boca, pelo que deve manter a função de esfíncter, evitar a microstomia e não distorcer a comissura labial. O retalho de Yu, descrito em 1989, combina três retalhos locais – dois cutâneos e um mucoso – para corrigir defeitos extensos de espessura total do lábio.. Quando os defeitos da pele do lábio não atingem a mucosa, podemos usar uma variante desta técnica que apenas utiliza os primeiros retalhos cutâneos – de deslizamento e rotação – tornando o procedimento menos invasivo do que o originalmente descrito.

Apresentamos o caso de um homem de 74 anos com um carcinoma basocelular nodular e infiltrativo de 15 mm no lábio inferior. O tumor foi excisado com controlo micrográfico de Mohs, resultando num defeito musculocutâneo com 24 por 30mm. Fizemos uma incisão curvilínea paralela ao sulco nasolabial e avançámos um retalho romboide com 30mm de largura para cobrir o defeito no lábio. Em seguida, um segundo retalho da região nasolabial foi rodado e avançado para fechar o local doador do primeiro retalho. As suturas foram feitas por plano, com fios absorvíveis subcutâneos e não absorvíveis na pele.

Os resultados imediatos e após um mês mostraram que o doente manteve a continência oral, sem limitações para comer ou falar. A técnica preservou a função e a estética do lábio, evitando distorções na comissura e tensão na mucosa, o que previne fugas de saliva ou eclábio. Comparado com outras opções, como o retalho em ilha nasolabial em V-Y ou o retalho nasolabial invertido, esta modificação é menos invasiva e apresenta menos riscos, como tensão excessiva ou necrose do retalho. Concluimos que esta versão modificada do retalho de Yu é eficaz para reconstruir defeitos do lábio superior ou inferior, oferecendo excelentes resultados funcionais e estéticos.

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

P13 - Eritema multiforme exsudativo recorrente em idade pediátrica

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}; P. Amaral^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}; F. S. Monteiro^{1,2}; P. Vasconcelos¹; L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}; P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes



Uma rapariga de 11 anos foi encaminhada ao Serviço de Urgência de Dermatologia por dermatose pruriginosa com 36 horas que surgiu nos membros superiores com rápida progressão para o restante tegumento. Referia surgimento de vesículas no lábio superior e nariz 4 dias antes. Segundo a mãe, tratava-se do 3º episódio nos últimos 12 meses, sendo que os episódios prévios se tinham iniciado após infeções herpéticas labiais e resolvido com “cremes” (sic).

À observação, apresentava lesões em alvo com bolha central no tronco, membros superiores e inferiores e erosões no lábio superior e dorso do nariz.

Colocou-se a hipótese diagnóstica de eritema multiforme secundário a infeção por *Herpes simplex* tendo sido colhida zaragatoa de erosões nos lábios e nariz para PCR vírus herpes, realizada biópsia cutânea e medicou-se com prednisolona oral 0,5mg/kg em desmame e betametasona + ácido fucídico tópico, com melhoria rápida.

O PCR veio positivo para *herpes vírus simplex 1* e a biópsia veio compatível com eczema. Contudo, tendo em conta a clínica sugestiva e tratar-se do 3º episódio, a doente foi medicada com valaciclovir durante 6 meses. O eritema multiforme é uma reação imunomediada que afeta a pele e as mucosas, rara em crianças. A lesão clássica é a lesão em alvo e esta pode ser isolada, recorrente ou persistente. As lesões apresentam-se frequentemente de forma simétrica nos membros e têm evolução centrípeta. As infeções pelo herpes simplex vírus e pelo *Mycoplasma pneumoniae* são as principais causas do eritema multiforme, seguido de fármacos. O tratamento é sintomático, mas eritema multiforme recorrente associada ao vírus herpes simplex deve ser tratado com terapêutica antiviral profilática.

Este trata-se de um caso de eritema multiforme recorrente em idade pediátrica e ilustra a importância da clínica enquanto soberana no estabelecimento do diagnóstico e plano terapêutico, mesmo quando a histologia não é compatível.

P14 - Abscesso cutâneo pós-vacinação: uma apresentação rara da sensibilização ao alumínio.

Mélissa M. de Carvalho¹, C. Amaro¹, T. Fiadeiro²

¹Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

²DERMACARE – Clínica de Dermatologia

Os sais de alumínio são utilizados em várias vacinas do Programa Nacional de Vacinação como adjuvantes para potenciar a resposta imune. Os granulomas pós-vacinais associados à alergia ao alumínio, primeiramente descritos em 1960, são uma reação de hipersensibilidade tardia e manifestam-se como nódulos eritematosos ou eritematovioláceos, pruriginosos, no local de administração, surgindo pouco tempo após as primeiras doses ou meses após o início do esquema vacinal. Podem evoluir com hiperpigmentação, hipertricrose, eczema e liquenificação. A sua incidência é desconhecida e são provavelmente subdiagnosticados, sendo um diagnóstico frequentemente tardio. Os abscessos pós-vacinais associados à sensibilização ao alumínio foram mais recentemente descritos e são raros, com menos de uma dezena de casos reportados na literatura. Manifestam-se sob a forma de abscessos no local de administração vacinal, vários dias a semanas após a inoculação, podendo ocorrer apenas após várias doses da mesma vacina. As culturas do exsudado purulento local são negativas.

Uma lactente do sexo feminino com 7 meses de idade foi observada em consulta de Dermatologia para realização de provas epicutâneas por reação local às vacinas dos 2 e 4 meses, sem sintomas sistémicos, caracterizada por edema, eritema, aumento da temperatura local, flutuação e exsudado purulento na face ântero-externa da coxa esquerda, com drenagem espontânea. A cultura do exsudado foi negativa. Foi colocada a hipótese de sensibilização ao alumínio e realizadas provas epicutâneas com hexacloridrato de alumínio a 2% em vaselina. Às 72 horas verificou-se uma reação positiva (2+).



É fundamental reconhecer a existência de reações locais pós-vacinais por sensibilização ao alumínio, as quais não acarretam risco de reações sistémicas, de modo a tranquilizar os pais e evitar investigações desnecessárias e invasivas. É também importante assegurar a continuação do esquema vacinal tal como previsto e reforçar a importância da administração intramuscular, pois esta associa-se a um menor risco de sensibilização.

P15 - Mancha castanha plantar em criança de 10 anos: qual o diagnóstico?

Mélissa M. de Carvalho, C. Amaro, G. Catorze

Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

Uma menina de 10 anos, saudável e sem antecedentes familiares relevantes foi observada em consulta de Dermatologia por mancha cutânea assintomática plantar esquerda com 1 ano de evolução e crescimento progressivo. Negava traumatismo local e lesões semelhantes nos conviventes. Esteve de férias na Amazónia 6 meses antes do aparecimento da dermatose. O exame objetivo revelou uma mancha castanho-claro com cerca de 1.5cm, de limites bem definidos e regulares, sem descamação. À dermatoscopia observava-se uma pseudorrede pigmentada, sem estruturas que favorecessem etiologia melanocítica. Foi realizado teste da fita cola com coloração com azul de metileno que demonstrou incontáveis hifas. Com base na clínica e no exame micológico direto, foi assumido o diagnóstico de tinha negra e a doente foi medicada com sertaconazol *bid* durante duas semanas com resolução completa da lesão.

A tinha negra é uma infeção fúngica provocada por *Hortaea werneckii*, uma levedura comum nos solos, sobretudo prevalente em meios tropicais e subtropicais. A hiperhidrose é um fator de risco reconhecido. Caracteriza-se por uma mácula ou mancha assintomática de coloração castanho a preto, por vezes com superfície ligeiramente descamativa, com crescimento lento e progressivo ao longo do tempo. As localizações mais frequentes são as palmas e plantas. Perante uma suspeita clínica, está indicada a realização de exame micológico. À cabeceira do doente, a dermatoscopia e o exame direto usando a técnica da fita cola e coloração com azul de metileno são importantes auxiliares do diagnóstico. Do ponto de vista dermatoscópico, são características as espículas pigmentadas que esboçam um padrão reticular, ajudando no diagnóstico com outras lesões pigmentadas, em particular lesões melanocíticas. No exame micológico é possível observar o fungo na sua forma filamentosa com múltiplas hifas. O tratamento com antifúngico imidazólico tópico durante 2-4 semanas é geralmente suficiente.

P16 - Hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia: uma apresentação incomum

Francisco Martins¹, D. Flor¹, D. Caetano¹, L. Ramos¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

Uma criança de 9 anos, sexo feminino, previamente saudável, foi encaminhada à consulta de Dermatologia por lesões no membro superior esquerdo, com um ano de evolução e refratárias à corticoterapia tópica. Referia prurido local, mas negava qualquer sintoma sistémico.

Ao exame físico, destacavam-se cerca de 20 lesões papulosas angiomasas agrupadas no braço e antebraço esquerdos, bem como algumas manchas hiperpigmentadas residuais. Não se palpavam adenopatias.

Foram colocadas como hipóteses diagnósticas angiomatose bacilar e granulomas piogénicos eruptivos, tendo sido realizada biópsia de uma das lesões e estudo analítico, incluindo serologias de *Borrelia spp.* O estudo analítico não revelou alterações e a deteção local de *Borrelia spp.* por PCR foi também negativa. O exame histológico da peça de biópsia revelou proliferação de vasos capilares dilatados, revestidos por células



endoteliais tumefactas, circundada por infiltrado inflamatório com numerosos eosinófilos, compatível com hiperplasia angiolímfóide com eosinofilia (HALE).

A HALE é uma doença incomum, que se caracteriza por proliferação angiolímfóide com infiltração eosinofílica, sendo também identificada eosinofilia periférica em 20% dos casos. Apesar de ter um curso benigno, a etiologia é incompletamente esclarecida. A relação com trauma prévio e a presença comum de comunicações arteriovenosas parece indicar um processo vascular reativo, mas o carácter progressivo e recorrente é mais enquadrável no espectro das doenças linfoproliferativas. O principal diagnóstico diferencial é a doença de Kimura, mas esta distingue-se pelo maior envolvimento sistémico, incluindo lesões mais profundas, adenopatias, eosinofilia, elevação da IgE e uma associação a síndrome nefrótica.

As lesões de HALE são tipicamente nódulos róseos distribuídos pela cabeça e pescoço, sendo incomum a localização nas extremidades. O tratamento é desafiante pelo carácter recorrente, mas estão descritos casos de sucesso com cirurgia e terapêuticas locais, nomeadamente laser e imunomoduladores tópicos. Neste caso, optou-se pelo tratamento com imiquimod 5%, que resultou na regressão parcial das lesões.

P17 - Siringomas na criança

David Caetano, M. Pedroso, F. Mano, J.C. Cardoso, L. Ramos
Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra

O siringoma é um tumor anexial benigno com diferenciação ductal e que tem a sua origem nas glândulas apócrinas ou écrinas. São mais comuns na adolescência tardia e adultos jovens e tendem a surgir de forma múltipla mais frequentemente na face, especialmente na região periorbitária. Pelo risco de malignização ser negligenciável, podem não requerer tratamento.

Uma criança de 9 anos do sexo masculino, saudável, foi observada em consulta de Dermatologia Pediátrica por incontáveis pápulas milimétricas assintomáticas, monomórficas, endurecidas, de tonalidade eritemato-amareladas com 1 ano de evolução, localizadas às regiões cervical anterior e laterais, supraclaviculares e, em menor número, nas axilas. Não havia queixas sistémicas e não foram objetivadas outras alterações no restante tegumento e mucosas. Não havia antecedentes familiares de lesões cutâneas semelhantes.

A biópsia cutânea incisional revelou uma proliferação de células epiteliais na derme papilar, organizadas numa dupla camada de células cubóides a formarem trabéculas e ductos, com material eosinofílico ocasional no lúmen. Estes achados histológicos permitiram estabelecer o diagnóstico de siringomas.

Este caso clínico reflete uma apresentação clínica de siringomas na infância, uma faixa etária pouco habitual, e em localizações menos típicas como as regiões cervical e axilar. Apesar de, por vezes, o aspeto clínico e dermatoscópico poder sugerir o diagnóstico, este só pode ser definitivamente estabelecido através do exame histológico.

P18 - Língua preta num lactente

Ivânia Soares¹, H. Leme ² I. Pereira Amaral¹ M. Pupo Correia¹, C. Tapadinhas ¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;

²Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta, Setúbal

A língua negra pilosa (LNP), ou língua villosa nigra, é uma condição benigna caracterizada pelo alongamento e hiperpigmentação das papilas filiformes na língua, devido a microrganismos cromogénicos. Predominante em adultos com fatores como tabagismo, má higiene oral, e consumo de café ou álcool, a LNP em lactentes é rara.



Descrevemos o caso de um lactente de 7 meses, fotótipo IV, encaminhado ao serviço de urgência por pigmentação escura e textura "peluda" na língua, observada nas duas semanas anteriores à vinda ao SU. O bebé, sem comorbilidades, havia sido amamentado até aos 6 meses e suplementado com colecalciferol. A mãe relatou que, três semanas antes, administrou chá de cebola caseiro após infeção respiratória. O exame revelou uma placa coloração preta irregular com papilas acentuadas nos 2/3 posteriores do dorso da língua. Exame microbiológico do raspado negativo.

Diagnosticou-se língua villosa nigra e recomendou-se desbridamento suave com escova de dentes macia. Duas semanas depois, houve resolução completa. A etiologia da LNP em lactentes não está totalmente esclarecida, mas pode envolver má higiene oral e alterações na microbiota, possivelmente relacionadas ao chá de cebola neste caso.

O diagnóstico é clínico, baseado na aparência da língua, com diagnósticos diferenciais incluindo candidíase oral e disfunções pigmentares. O tratamento envolve melhoria da higiene oral, uso de escova macia e eliminação de fatores precipitantes. O prognóstico é favorável, e o seguimento é essencial para confirmar a resolução e excluir outros diagnósticos.

P19 - Lesão pigmentada atípica em adolescente: um caso de melanocitoma pigmentado epitelióide

Catarina Cerqueira¹, J. Gomes¹, C. M. Nogueira¹, M. Ribeiro¹, C. P. Araújo¹, A. Coelho², C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Braga

²Laboratório de Anatomia Patológica - UNILABS

O melanocitoma epitelióide pigmentado é um tumor melanocítico raro e inclui tumores anteriormente descritos como nevo azul epitelióide do complexo de Carney e melanomas do tipo animal. Clinicamente, apresenta-se como uma pápula ou nódulo densamente pigmentado de crescimento lento, localizado nas extremidades, tronco e cabeça. É mais comum em adultos jovens e crianças, mas pode ocorrer em qualquer idade.

Apresentamos o caso clínico de um adolescente de 13 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, referenciado a Dermatologia por pápula negra com 4 mm de diâmetro na nádega direita, levemente pruriginosa, com quatro meses de evolução. À dermatoscopia era visível uma mancha preta central com coloração azulada na periferia, sem estruturas identificáveis. Foi feita biópsia excisional da lesão cujo resultado histológico revelou proliferação melanocítica simétrica, com componentes juncional e intradérmico, constituída predominantemente por elementos epitelióides isolados e com um componente dérmico organizado em ninhos poucos coesos. A proliferação acompanhava-se de frequentes melanófagos, sem atividade mitótica.

Perante o diagnóstico de melanocitoma pigmentado epitelióide o doente realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que não revelou alterações. Foi ainda realizado novo procedimento cirúrgico para alargamento de margens.

Três meses após o diagnóstico o doente não apresenta sinais de recidiva ou de progressão da doença.

Os melanocitomas pigmentados epitelióides são considerados tumores indolentes, com capacidade de metastização para os gânglios linfáticos mas que raramente metastizam à distância. Apesar do bom prognóstico estes doentes devem ser vigiados durante longos períodos.

P20 - Líquen escleroso extragenital isolado: um caso raro em idade pediátrica

Miguel Ribeiro¹, J. Gomes¹; C. Cerqueira¹; C. M. Nogueira¹; A. Coelho²; C. Brito¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga; ²Laboratório de Anatomia Patológica (LAP) - UNILABS



Introdução

O líquen escleroso (LE) é uma doença mucocutânea inflamatória crónica caracterizada pelo aparecimento de placas atróficas. Em cerca de 85% dos casos, apenas a região anogenital é afetada. A forma extragenital (LEEG), mais rara, manifesta-se com lesões noutras partes do corpo, embora, frequentemente, acompanhadas por algum grau de envolvimento genital. Em idade pediátrica, menos de 5% dos casos têm manifestação extragenital, sendo a forma isolada de LEEG ainda mais rara.

A descrição de casos de LEEG isolado assume particular relevância na população pediátrica, onde a raridade e a escassa evidência disponível limitam o diagnóstico e a decisão terapêutica.

Caso Clínico

Criança, 8 anos, sexo feminino, com antecedente de deficiência seletiva de IgA, avaliada pelo aparecimento de pápulas poligonais, nacaradas, de superfície plana, agrupadas ao nível do abdómen, região lombar, antebraço e perna direitos, com 1 ano de evolução. Gradualmente verificou-se um aumento progressivo do número de lesões, mantendo-se assintomática e sem atingimento anogenital. Foi realizada biópsia cutânea que revelou fibrose hialina subepidérmica com infiltrado linfoplasmocítico em padrão liquenoide subjacente, epiderme com ligeira acantose e hiperqueratose, achados sugestivos de LEEG.

Iniciou tratamento com betametasona e tacrolimus tópicos, com melhoria parcial das lesões existentes, contudo, com o aparecimento de novas lesões.

Conclusão

Uma manifestação isolada de LEEG na infância é extremamente rara, existindo poucos casos relatados. Este caso salienta a importância de um diagnóstico precoce e preciso, realçando que o tratamento pode ser desafiante e com uma resposta limitada e variável. A pouca evidência disponível sublinha a necessidade de mais estudos para expandir o arsenal terapêutico e permitir a padronização do tratamento, melhorando assim a eficácia e consistência na abordagem terapêutica de LEEG isolado.

P21 - Distrofia ungueal em um adolescente: nem tudo é onicomiose

Lanyu Sun¹, F. Carmo², B. Toro², C. Tapadinhas^{1,3}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

³Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

Doente do sexo masculino, 17 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Foi encaminhado a consulta de Dermatologia Pediátrica por história de distrofia ungueal dolorosa do 4º dedo do pé esquerdo com 1 ano de evolução. Negava traumatismo prévio mas é jogador federado de futebol. Tinha feito tratamento prévio com anti-fúngico tópico sem melhoria. Ao exame objetivo observou-se nódulo eritematoso com crescimento sobre a falange distal de consistência dura, doloroso à palpação, que condicionou onicolise com destruição do prato ungueal. A radiografia do dedo revelou uma massa óssea anómala a nível da falange distal. O doente foi submetido a tratamento cirúrgico pela especialidade de Ortopedia. A exostose subungueal é um tumor ósseo benigno pouco frequente, que afeta principalmente adolescentes e adultos jovens. Tem como localização preferencial o primeiro dedo do pé, provavelmente por este estar frequentemente exposto ao traumatismo, fator etiológico conhecido. Clinicamente caracteriza-se por um nódulo de consistência dura, tipicamente doloroso, aderente à extremidade distal do prato ungueal, originando com frequência onicolise. O diagnóstico diferencial inclui, doenças que causam onicodistrofia, como onicomiose ou retroníquia, para além de tumores malignos, verruga viral, fibroma, granuloma piogénico ou osteocondroma subungueal. O diagnóstico é confirmado por radiografia



demonstrando-se o crescimento ósseo anormal. O tratamento consiste geralmente na excisão cirúrgica da exostose da falange distal sob anestesia local, combinada com onicoplastia da matriz ungueal.

P22 - “Pool palms”: uma dermatite friccional a reconhecer

André Aparício Martins¹, I. Coutinho¹, J. C. Cardoso¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

As “pool palms” (PP) são uma dermatite friccional das mãos e/ou pés, na sequência do contacto direto e repetido com superfícies ásperas das piscinas, mais comum em idade pediátrica. Apesar de pouco descrita na literatura, é provavelmente subdiagnosticada. A sua fisiopatologia baseia-se na fricção repetida associada à fragilidade cutânea induzida pela hiperhidratação da camada córnea e o seu diagnóstico é inteiramente clínico.

Descrevemos o caso de uma doente de 8 anos, com dermatose bilateral e simétrica, localizada exclusivamente às polpas dos dedos de ambas as mãos, com uma semana de evolução, sem sintomas sistémicos associados. Quando questionada, referia a frequência diária de piscina, por períodos prolongados, nas duas semanas precedentes. Ao exame objetivo observavam-se pápulas eritematosas, localizadas à polpa do 2º, 3º, 4º e 5º dedos de ambas as mãos, com pseudovesiculação nas lesões do 1º e 3º dedos, bilateralmente. Sem lesões semelhantes noutras localizações, nomeadamente plantares. O diagnóstico de PP foi estabelecido com base na anamnese e exame físico, tendo sido recomendada evicção da piscina. Adicionalmente, foi instituída terapêutica com hidrocortisona creme 10mg/g durante 5 dias para alívio sintomático, associada à aplicação diária de creme barreira, com resolução das lesões em uma semana. As PP manifestam-se por máculas e/ou pápulas eritematosas ou eritemato-violáceas, brilhantes, nas polpas dos dedos das mãos, e mais raramente dos pés, palmas e plantas, assintomáticas ou associadas a dor, ardor ou prurido. Ocasionalmente, está descrito o desenvolvimento de bolhas e erosões. As localizações atingidas desenham as áreas de fricção relacionadas com o apoio em superfícies rugosas da piscina e o tratamento baseia-se na sua evicção, podendo ser complementado com a aplicação de creme barreira/emoliente. O diagnóstico é clínico, baseando-se numa história clínica compatível. Assim, o reconhecimento deste quadro clínico característico deve obviar o recurso a exames complementares, facto particularmente importante em idade pediátrica.

P23 - Colagenoma eruptivo numa criança saudável

Joana Reis¹, R.Pimenta¹, J. Nogueira², J.Alves¹

¹Serviço de Dermatologia, ULS Almada Seixal

²Serviço de Anatomia Patológica, ULS Almada Seixal

Introdução: Os colagenomas são nevos de tecido conjuntivo que se devem à deposição excessiva de colagénio na derme. Clinicamente manifestam-se por nódulos, placas ou pápulas assintomáticas, de consistência firme, hipopigmentados ou de coloração semelhante à da pele. Podem classificar-se como múltiplos ou solitários, esporádicos (colagenoma isolado, colagenoma eruptivo) ou adquiridos e podem ainda estar associados a vários síndromes genéticas, como no caso da neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (MEN1), esclerose tuberosa e síndrome de Buschke-Ollendorf.

Caso clínico: Sexo feminino, 7 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, recorreu à consulta de Dermatologia por dermatose assintomática com cerca de 2 anos de evolução. Ao exame objetivo a destacar: pápulas despigmentadas de limites bem definidos no tronco e membros superiores com cerca de 5-10 mm. Foi realizada biópsia cutânea tendo-se observado na derme espessamento das fibras de colagénio



com diminuição focal das fibras elásticas, enquadrável no diagnóstico de colagenoma. Foi realizado estudo endocrinológico à doente e aos pais que se revelou sem alterações.

Discussão: Os colagenomas podem estar associados a várias condições clínicas e genéticas. A doente do caso clínico e os seus pais realizaram um estudo endocrinológico alargado de modo a que o síndrome de neoplasias endócrinas múltiplas (MEN) fosse excluído, frequentemente associado à presença de colagenomas em idade jovem. Por se ter mostrado sem alterações, o estudo genético foi protelado. Assim, neste caso, dado o aparecimento de múltiplas lesões em idade pediátrica, a ausência de história familiar e de qualquer outra sintomatologia acompanhante, o diagnóstico mais provável é o colagenoma eruptivo.

P24 - Dermatite Granulomatosa Periorifical da Infância: um caso inovador

Diogo de Sousa¹, L. Sun¹; J.P. Vasconcelos¹; L. Soares-Almeida^{1,2,3}; M. Alpalhão^{1,2,3,4}

¹ Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisbon, Portugal

² Dermatology University Clinic, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal

³ Dermatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

⁴ Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas, Lisbon, Portugal

A Dermatite Granulomatosa Periorifical da Infância (DGPI) é uma variante pouco comum da Dermatite Periorifical. A DGPI é uma dermatose benigna, auto-resolutiva na maioria dos casos, com etiologia ainda desconhecida.

Apresentamos o caso de um doente de 9 anos, do sexo masculino, fototipo III de Fitzpatrick, sem antecedentes médicos relevantes ou alergias medicamentosas conhecidas, recorreu ao Serviço de Urgência, por lesões cutâneas com dois meses de evolução, pruriginosas e dolorosas, acantonadas à face. O doente reportava agravamento progressivo das lesões, na região periocular, tendo já realizado terapêutica com dermocorticóides, antifúngicos tópicos e prednisolona oral, sem noção de melhoria. Referia agravamento com utilização de dermocorticóides. À observação constatavam-se pápulas e vesículas monomórficas milimétricas, em base eritematosa, com crosta fina aderente, na região palpebral, pirâmide nasal, região malar e mento, estando poupadas as mucosas ocular, nasal e oral, bem como o restante tegumento. O doente negava infeções recentes e início de medicamentos ou produtos de aplicação tópica previamente ao início dos sintomas. A pesquisa de vírus herpes simplex no líquido das vesículas foi negativo. Realizou provas epicutâneas de contacto com a série de plásticos, sulfato de níquel, dicromato de potássio, cloreto de cobalto, budesonido, betametasona, tixocortol, corantes vermelhos, 2-hidroxietil metacrilato (HEMA) e produtos próprios, sem positividade. A radiografia do tórax não tinha alterações. A biópsia cutânea documentou numerosos granulomas de células epitelioides, que ocupavam a totalidade da derme, com numerosas células gigantes, mas sem coroa linfocitária. Foi iniciada terapêutica com doxiciclina 100mg/dia durante dez dias, seguida de manipulado tópico de minociclina 2% + metronidazol 1%, com ótima resposta ao final de um mês de tratamento. Este caso destaca uma entidade rara, particularmente relevante pelos diagnósticos diferenciais a que se associa, com uma resposta favorável a um tratamento inovador.

HISTÓRIA DA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

P25 - Tovar de Lemos e o Serviço de Inspeção e Profilaxia das Doenças Venéreas nas Toleradas de Lisboa

Paulo Lamarão¹, J. Azevedo², I. Santo²

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Beatriz Ângelo, ULS Loures-Odivelas EPE

²Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Centro de Saúde da Lapa, Lisboa



O Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa, criado por decreto de 1927, mas efetivamente aberto em 1930, dispunha de um serviço de inspecção de mulheres prostitutas, designadas por “toleradas”, para diagnóstico e tratamento de doenças venéreas. Foi dirigido por Alfredo Tovar de Lemos (1885-1961) e funcionava em instalações próprias na Rua das Francesinhas.

A actividade assistencial desenvolvida nas três primeiras décadas foi coligida em sucessivos relatórios publicados. Neles se apresentava a casuística da consulta, as terapêuticas efectuadas e também se teciam considerações sobre a profilaxia das doenças venéreas, numa época em que a inspecção médica das “toleradas” era compulsiva.

Além de breve resenha biográfica de Tovar de Lemos descrevemos a organização do Serviço e um resumo da sua actividade.

INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

P26 - Doença de Hansen: erupção cutânea após iniciar Metotrexato e Leflunomida

João Soares^{1,2}, D. Caetano¹, J.C. Cardoso^{1,2}, A. Pinho^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia; Hospitais da Universidade de Coimbra; Unidade Local de Saúde de Coimbra; Coimbra, Portugal;

²Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra; Coimbra, Portugal

Embora a doença de Hansen tenha sido declarada eliminada como problema de saúde pública global em 2000, com a maioria dos países, incluindo Portugal, a atingir a meta até 2005 (menos de 1 caso por 10.000 habitantes), novos casos continuam a surgir. Devido ao seu carácter infeccioso e potenciais consequências graves, o diagnóstico precoce, investigação de contactos e tratamento são cruciais para mitigar o impacto desta doença.

Apresentamos o caso de um homem de 76 anos com diagnóstico prévio de artrite reumatoide, encaminhado para avaliação de erupção cutânea que surgiu após iniciar metotrexato dois meses antes, agravada após mudança para leflunomida. O exame revelou sete placas anulares não descamativas (4–10 cm), com bordos elevados, clareamento central, hipoestesia local e hipotricose em algumas lesões, distribuídas assimetricamente nos membros superiores, joelho direito, área escapular esquerda e região peitoral direita. Observavam-se também manchas hipopigmentadas no pulso direito. Tinha dor articular nos membros esquerdos, atribuída à artrite reumatoide, justificando o início de metotrexato, posteriormente substituído por leflunomida. Apresentava também síndrome do túnel cárpico bilateral e túnel cubital esquerdo. A histologia revelou infiltrado dérmico superficial e profundo com tropismo perineural de células linfomononucleares, histiócitos e plasmócitos, com histiócitos formando pequenos granulomas. A coloração de Fite revelou bacilos nas estruturas nervosas da derme profunda, confirmando o diagnóstico de doença de Hansen.

Este caso destaca a importância de suspeitar de doença de Hansen em erupções cutâneas que surgem após o início de imunossuppressores. A doença de Hansen pode manifestar-se com lesões anulares não descamativas, hipoestesia e neuropatias compressivas. O doente foi proposto para tratamento com rifampicina, dapsona e clofazimina por 12 meses. Após o diagnóstico, referiu um tio tratado de doença de Hansen há mais de 60 anos. A investigação de contactos identificou apenas a esposa, assintomática, que recebeu uma dose única de rifampicina.



P27 - Lesões Cutâneas no Doente Imunocomprometido: Éctima Gangrenoso ou Infiltração Tumoral?

Filipe Silva Monteiro^{1,2}, I. T. Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, I. Pereira-Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Clínica Universitária de Dermatologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O ectima gangrenoso é uma infeção cutânea grave, frequentemente associada a bacteremia por *Pseudomonas aeruginosa*, e mais comum em doentes imunocomprometidos. O linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma doença linfoproliferativa que pode ter infiltração cutânea e expressar-se com lesões que mimetizam outras dermatoses, neoplasias ou ainda infeções. Dependendo da apresentação clínica, o diagnóstico diferencial entre estas duas entidades pode ser difícil, especialmente naqueles doentes com doença neoplásica avançada e imunossupressão significativa.

Apresentamos mulher, 60 anos, com diagnóstico de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNH-DGCB) com infiltração cutânea da face e região periorbitária direita, estadio IV, recidivado após múltiplas linhas terapêuticas, incluindo autotransplante de medula óssea, terapia de células CAR-T e radioterapia. Foi avaliada por dermatologia no contexto de ulcerações cutâneas inframamárias, inguinais e axilares em evolução há 3 semanas. Numa primeira avaliação as lesões correspondiam a placas eritematovioláceas infiltradas, não dolorosas, endurecidas à palpação, que rapidamente ulceraram com áreas de necrose e exsudação. Foi realizada biópsia cutânea para exame histopatológico e microbiológico, revelando alterações compatíveis com ectima, sem imagens de infiltração cutânea por doença linfoproliferativa, e isolada uma *Pseudomonas aeruginosa* XDR (Extensively Drug Resistant), apenas sensível à colistina. No restante estudo complementar isolou-se o mesmo agente em hemoculturas. A doente realizou antibioterapia dirigida com melhoria clínica e laboratorial.

O diagnóstico diferencial entre infiltração tumoral cutânea por doenças linfoproliferativas e ectima gangrenoso em doentes imunocomprometidos é complexo e pode atrasar o tratamento adequado. A biópsia cutânea e a hemocultura são essenciais para a identificação correta da etiologia das lesões. O reconhecimento precoce do ectima gangrenoso, e particularmente em doentes com histórico de neoplasias hematológicas e imunossupressão, é crucial para a escolha da terapêutica antimicrobiana na melhoria do prognóstico, devendo o clínico considerar estas entidades quando avalia ulcerações num doente com este perfil.

P28 - Hepatite sífilítica: uma manifestação invulgar de sífilis secundária

Joana Vieitez Frade^{1,2}, C. Brazão^{1,2}, J. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

³Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível com um amplo espectro de manifestações clínicas. A sífilis secundária tipicamente manifesta-se com atingimento mucocutâneos e, por vezes, sistémico. A hepatite sífilítica, embora extremamente rara, constitui uma complicação sistémica grave desta infeção.

Destaca-se o caso de uma doente do sexo feminino, 35 anos, que recorreu ao serviço de urgência por uma dermatose disseminada e mal-estar geral com cerca de duas semanas de evolução. A dermatose, inicialmente localizada ao tronco, disseminou progressivamente para a face e membros superiores. A doente



referiu relações sexuais desprotegidas com um novo parceiro sexual nos últimos 2 meses. Negou ulcerações mucocutâneas prévias. O exame objetivo revelou pápulas e nódulos eritematovioláceos, com distribuição simétrica, não pruriginosos, que poupavam as palmas e as plantas. Laboratorialmente, verificou-se elevação das transaminases hepáticas e hiperbilirrubinémia. Os testes serológicos foram compatíveis com infeção por *Treponema pallidum* (título RPR 1:128, TPHA positivo). O diagnóstico de sífilis secundária com envolvimento hepático foi estabelecido com base na apresentação clínica, serologias e na exclusão de outras etiologias alternativas para a hepatite aguda. A doente foi tratada com uma dose intramuscular de penicilina benzatínica G (2,4 milhões de unidades). Após o tratamento, verificou-se uma melhoria clínica acentuada, com resolução da dermatose e normalização dos parâmetros hepáticos.

A fisiopatologia da hepatite sífilítica provavelmente envolve a invasão direta do fígado por *Treponema pallidum* e uma resposta imunomediada. O diagnóstico precoce e a terapêutica antibiótica adequada são fundamentais evitar complicações graves, incluindo hepatite fulminante. Este caso ilustra o amplo espectro clínico da sífilis secundária, destacando uma apresentação incomum com complicações hepáticas.

P29 - Pápula Umbilicada Isolada em Dedo: Orf ou Mpox? Um Desafio Diagnóstico

Filipe Silva Monteiro^{1,2}, I. T. Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, I. Pereira-Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Clínica Universitária de Dermatologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Orf e Mpox são infeções virais que se apresentam muitas vezes como pápulas umbilicadas, podendo o seu diagnóstico diferencial ser um desafio clínico, e especialmente quando são lesões únicas na região digital. Dada esta semelhança clínica, a distinção destas entidades numa primeira fase pode não ser possível sem uma história clínica completa e confirmação laboratorial.

Apresentamos um homem de 49 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, avaliado em serviço de urgência por história de pápula em D1 da mão esquerda com 2 semanas de evolução. De acordo com o doente o quadro teria iniciado com uma pápula eritematosa ligeiramente dolorosa que aumentou gradualmente e desenvolveu uma depressão central. Da história pessoal relevante negava infeções recentes, introdução de novos fármacos, febre ou outras queixas. Trabalhava como fisioterapeuta, contactando frequentemente com doentes. Vivia no Algarve onde teria contacto ocasional com animais de quinta. Referia ainda história sexual com homens, utilizando preservativo como método preventivo. Ao exame objetivo com pápula umbilicada de centro necrótico no dorso de D1 esquerdo, com 16 mm de diâmetro. À periferia da lesão apresentava ainda 2 pápulas eritematosas milimétricas. Do estudo analítico serologias infecciosas negativas, sem outras alterações relevantes. Pesquisa de vírus herpéticos por PCR e zaragatoa de exsudado negativos. Foi solicitada pesquisa de vírus Mpox por PCR com resultado positivo e identificação da clade II.

Este caso clínico ilustra a dificuldade no diagnóstico destas infeções com apresentações clínicas semelhantes. A história clínica detalhada, incluindo o contacto com animais e comportamentos sexuais, é essencial para orientar o diagnóstico. Apesar da suspeita inicial de Orf, o diagnóstico de Mpox foi confirmado laboratorialmente. O reconhecimento precoce é essencial para um tratamento adequado e prevenção de novos casos.

P30 - Epidermodisplasia Verruciforme (EV) adquirida associada a infeção VIH

Rúben Nogueira-Costa¹, P. Gomes¹, C. Costa², J. Pinheiro², F. Azevedo¹, A. P. Cunha¹



¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

² Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

INTRODUÇÃO:

A Epidermodisplasia Verruciforme (EV) apresenta duas etiologias fundamentais: uma forma genética, autossômica recessiva, associada a mutações nos genes EVER1 ou EVER2, e uma forma adquirida, que surge em situações de imunossupressão, como infeção por VIH, transplantante ou linfoma, resultante da infeção pelo HPV. Os tipos de HPV mais prevalentes nestes casos pertencem ao grupo dos beta-HPV, nomeadamente o HPV 5 e 8. O tratamento inicial centra-se na recuperação do estado de imunossupressão.

CASO CLÍNICO:

Doente de 19 anos, sexo masculino, fototipo V, natural de Angola, com antecedentes de infeção por VIH-1, de provável aquisição vertical, com carga vírica elevada e CD4 < 200 por incumprimento da terapêutica antirretrovírica (TARV). Referenciado para consulta de dermatologia por uma dermatose com anos de evolução, composta por centenas de placas brancas e acastanhadas, predominantemente em áreas fotoexpostas, com disseminação céfalo-caudal, afetando principalmente os pavilhões auriculares, o dorso e os membros. A biópsia cutânea mostrou hiperqueratose ortoqueratósica, acantose com presença de queratinócitos com citoplasma abundante e denso, e saliência da camada granular – alterações compatíveis com infeção vírica. A correlação anatômica e clínica permitiu o diagnóstico de EV adquirida. Atualmente, aguarda o resultado de um painel alargado do vírus HPV. Até ao momento, sem lesões compatíveis com carcinoma espinocelular. Foi proposto o reinício da terapêutica antirretrovírica.

DISCUSSÃO:

Este caso pretende ilustrar a clínica de uma dermatose específica do VIH. Associadamente pretende demonstrar a importância do tratamento de 1ª linha nestes casos – a recuperação do estado imunológico através da TARV. De realçar também o papel da dermatologia no diagnóstico e no seguimento destes doentes, nomeadamente para rastreio de neoplasias cutâneas.

INFLAMATÓRIA

P31 - Pitiríase Rubra Pilar: Pistas para o Diagnóstico do Doente em Eritrodermia

Madalena Pupo Correia^{1,2}, I. Pereira Amaral¹, I. Soares¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatovenerologia - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte,

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa,

³Paulo FilipeLab – Instituto de Medicina Molecular

A pitiríase rubra pilar (PRP) é uma doença inflamatória cutânea rara, com incidência 1: 5000. Esta dermatose inflamatória é predominantemente adquirida e apresenta heterogeneidade clínica significativa. O seu tratamento é desafiante, sendo frequentemente refratária à terapêutica.

Uma doente do sexo feminino, brasileira, de 48 anos, foi internada por uma dermatose pruriginosa disseminada. Teve início com o aparecimento de pápulas eritematosas no tronco, coalescendo em placas que cobriam toda a superfície corporal, incluindo face, palmas e plantas, seguidas de descamação generalizada, com progressão para eritrodermia em 2 semanas. À observação encontrava-se em eritrodermia, destacando-se a presença de pápulas hiperqueratósicas foliculocêntricas, coalescentes em placas eritematosas, com ilhas de pele poupada, e queratodermia palmoplantar alaranjada. Sem afeção das mucosas. O tratamento inicial com anti-histamínicos, corticosteroides orais e tópicos (prednisolona 1mg/kg/dia) não foi eficaz. A paciente não possui comorbilidades conhecidas, toma de medicação habitual



ou história de alergia a medicamentos; bem como antecedentes pessoais ou familiares de doenças de pele. O estudo complementar (hemograma completo, imunofenotipagem, autoimunidade) não evidenciou alterações. A biópsia cutânea revelou um padrão característico de paraqueratose em "tabuleiro de xadrez", confirmando o diagnóstico de PRP tipo I de início na idade adulta.

A PRP é um distúrbio heterogêneo que afeta indivíduos de todas as idades, sendo o tipo I a apresentação mais comum. Embora a sua patogénese não esteja completamente esclarecida, a literatura sugere tratar-se de uma doença imunomediada, em parte pelo eixo IL-23/Th17. A PRP frequentemente é refratária à corticoterapia, distinguindo-se da maioria das outras etiologias de eritrodermia. São opções terapêuticas a isotretinoína, metotrexato, ixekizumabe e sekukinumab. Neste caso, houve remissão total da dermatose após introdução e titulação de metotrexato para 20mg/semana. Este caso enfatiza o papel da entrevista clínica e exame objetivo, aliados à histopatologia cutânea, no estudo etiológico do doente em eritrodermia.

P32 - Lesão pigmentada solitária: quando a dermatoscopia faz a diferença.

Francisco Mano¹, F. Martins¹; J. Calvão¹; JC. Cardoso¹; M. Gonçalo¹

¹Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário de Coimbra, ULS Coimbra, Portugal

Lesões pigmentadas solitárias representam muitas vezes um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes com fototipo mais elevado.

Apresentamos o caso de um homem de 39 anos de idade, fototipo V, saudável, que recorreu à consulta de dermatologia por lesão única da coxa esquerda com 2 meses de evolução. Evidenciava-se lesão em placa, com cerca de 4x2 cm, de tonalidade violácea-acastanhada, bordos irregulares de superfície lisa. O doente referia apenas prurido ligeiro, e negava outras queixas. Não havia história de traumatismo local ou picada. Clinicamente as hipóteses inicialmente colocadas foram de quelóide espontânea, líquen plano, sarcoma de Kaposi, angioqueratoma e, mais remotamente, de doença de Bowen pigmentado. A dermatoscopia revelou uma lesão heterocrômica, com áreas castanhas e outras violáceas-eritematosas, destacando-se uma rede de linhas finas brancas brilhantes sugestivas de estrias de Whichkam. Em algumas áreas havia também um padrão tipo arco-íris. Estabeleceu-se o diagnóstico provisório de líquen plano e instituiu-se terapêutica com corticosteroide tópico de alta potência. A biópsia cutânea realizada mostrou a presença de acantose da epiderme com hipergranulose e hiperqueratose, acompanhada de infiltração linfocitária subepidérmica, em banda liquenoide, compatível com diagnóstico final de líquen plano.

Este caso pretende salientar, por um lado, a dificuldade do diagnóstico em Dermatologia nos doentes de raça negra. Adicionalmente, esta apresentação de líquen plano é extremamente atípica pelo facto de ser uma lesão única e num local menos característico desta entidade. Acaba por ser a dermatoscopia que na observação do doente faz a diferença, facilitando o raciocínio clínico dermatológico e a melhor orientação clínica do doente, nomeadamente terapêutica.

P33 - Adalimumab na Síndrome de Melkerson-Rosenthal

David Caetano, F. Mano, M. Pedroso, F. Martins, J. Teixeira, J.P. Reis

Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra

A Síndrome de Melkerson-Rosenthal é uma entidade clássica, incomum, composta pela tríade de edema orofacial, língua fissurada e paralisias faciais de repetição. A manifestação orofacial mais frequente é a queilite granulomatosa, enquanto a presença da tríade completa ocorre apenas numa minoria dos pacientes.



Descreve-se um homem de 45 anos, com antecedentes pessoais de duas paralisias faciais periféricas com resolução após corticoterapia sistémica, que se queixava em consulta de edema e eritema dos lábios com vários anos de evolução, num padrão recidivante por surtos. Não havia associação temporal com aplicação de nenhum produto tópico, procedimento ou introdução de medicação. O paciente não tinha outras queixas, nomeadamente do foro respiratório ou gastrointestinal. Era objetivada uma língua fissurada, sem outras alterações evidentes à inspeção da cavidade oral e do restante tegumento.

O estudo analítico, incluindo serologias e IGRA, não revelou alterações de relevo. Foi realizada biópsia que revelou um infiltrado inflamatório perivascular, composto por histiócitos em pequenos agregados, compatível com queilite granulomatosa. Para excluir um componente de dermatite de contacto alérgica, foram realizados testes epicutâneos (série básica, perfumes, cosméticos e metais) que foram negativos.

Após ausência de resposta com dermocorticóides de várias potências, corticoterapia sistémica, colchicina e minociclina, iniciou adalimumab 40 mg quinzenal. Manteve episódios repetidos de agravamento, com melhoria clínica parcial, pelo que foi passada a administração de adalimumab para semanal, com melhoria do edema e eritema e redução do número de crises.

A Síndrome de Melkerson-Rosenthal coloca inúmeros desafios terapêuticos, uma vez que a resposta à corticoterapia tópica, intralesional e sistémica é variada, muitas vezes havendo necessidade de associar outras terapêuticas. Os inibidores do fator de necrose tumoral alfa podem ser uma arma terapêutica útil neste contexto, atendendo ao componente granulomatoso associado.

P34 - Fasceíte eosinofílica: uma causa incomum de espessamento cutâneo

André Aparício Martins¹, D. Flor¹, A. L. Matos¹, H. S. Oliveira¹, J. C. Cardoso¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

A fasceíte eosinofílica (FE) é uma doença do tecido conjuntivo rara, caracterizada pelo espessamento da fáscia muscular subcutânea. A sua etiopatogenia baseia-se em níveis elevados de TIMP-1, IL-5 e eosinófilos que conduzem à fibrose fascial. Embora idiopática, o exercício físico vigoroso é fator desencadeante em 28% dos casos.

Sexo feminino, 38 anos, com edema seguido de espessamento cutâneo dos antebraços e pernas, com 6 meses de evolução. Negava fenómeno de Raynaud (FRY) e exercício físico intenso. Adicionalmente, referia artralhas de ritmo inflamatório nas mãos e pés. Sem antecedentes pessoais relevantes. Ao exame objetivo observava-se espessamento cutâneo circunferencial e simétrico das pernas e antebraços, em “casca de laranja”, sem envolvimento proximal ou acral. Sem sinal do sulco, contraturas articulares, esclerodactilia ou microstomia. Analiticamente apresentava eosinofilia, elevação da VS/PCR e hipergamaglobulinémia. Autoimunidade negativa, imunofixação, capilaroscopia e rastreios oncológicos sem alterações. RM das pernas com exuberante espessamento e hipersinal das fásrias musculares, com achados semelhantes na ecografia dos antebraços. Biópsia da fáscia muscular com espessamento e infiltrado mononuclear, compatível com o diagnóstico de FE. Assim, foi instituída terapêutica com prenisolona 60mg/dia e metotrexato 15mg/semana, com melhoria das artralhas mas persistência do espessamento cutâneo após 2 meses.

A FE manifesta-se por edema duro dos antebraços e pernas, seguido de espessamento cutâneo circunferencial e simétrico, em “casca de laranja”, podendo ser acompanhado de artrite. Embora sem sinal do sulco, a ausência de envolvimento das mãos/pés e de FRY, assim como a presença de eosinofilia, hipergamaglobulinémia e a autoimunidade negativa são sugestivos de FE. Apesar dos achados imagiológicos característicos, o diagnóstico baseia-se no espessamento e infiltrado mononuclear na biópsia da fáscia muscular. Os corticoides sistémicos são a primeira linha terapêutica, contudo estudos recentes favorecem a sua combinação inicial com metotrexato.



P35 - Acne noduloquística grave tratada com dapsona

Joana Fazendeiro Matos¹, P. Andrade²

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

²Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A acne é uma dermatose inflamatória crónica e recorrente da unidade pilo-sebácea, cuja fisiopatologia assenta em 4 mecanismos principais: hiperqueratose folicular, excesso de produção de sebo, colonização por *Cutibacterium acnes* e inflamação. Nos casos graves e/ou noduloquísticos de acne, a isotretinoína é o tratamento mais eficaz, atuando nos 4 mecanismos fisiopatológicos e com potencial de induzir a remissão da doença. No entanto, o seu uso é, por vezes, condicionado pelo desenvolvimento de efeitos laterais.

Descrição do caso: Sexo masculino, 15 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, encaminhado para a consulta de Dermatologia por acne noduloquístico grave da face. Tinha realizado múltiplos ciclos de antibioterapia oral com melhoria limitada das lesões. Dada a extensão e gravidade do quadro, foi iniciado tratamento com isotretinoína 20 mg/dia, com necessidade de suspensão após 1 mês por mialgias incapacitantes e persistentes mesmo após redução da dose. Por manutenção das lesões, foi decidido iniciar tratamento com dapsona na dose inicial de 50 mg/dia, tendo o doente apresentado melhoria marcada após 1 mês de terapêutica. Manteve-se sob tratamento com dapsona durante 1 ano e meio, atingindo dose máxima de 150 mg por dia e sem efeitos laterais relevantes, com melhoria sustentada e resolução progressiva das lesões noduloquísticas.

Discussão: Apresentamos um caso de acne tratado com dapsona oral, com boa tolerância e eficácia. Pelo seu efeito anti-inflamatório e antimicrobiano, a dapsona poderá ser considerada como uma alternativa terapêutica válida nos casos graves de acne com intolerância à isotretinoína.

P36 - Rash de calor - um caso de miliária cristalina associado ao exercício físico

Margarida Vaz Lopes¹, B. Vendeira¹, M. Rosa¹, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

A miliária é uma alteração dermatológica comum que resulta da inflamação ou obstrução dos ductos das glândulas sudoríparas quando associado a estimulação das mesmas. Consoante o nível desta obstrução, varia o subtipo de apresentação cutânea – na miliária cristalina ocorre ao nível do estrato córneo da epiderme, com a acumulação de suor formando pequenas vesículas de conteúdo claro, de aparência cristalina, sem eritema circundante. Embora mais frequente em recém-nascidos, dada a imaturidade das glândulas écrinas, também pode ocorrer noutras idades, nomeadamente em climas quentes ou associado a febre, exercício físico intenso ou oclusão cutânea com vestuário sintético.

Reportamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 25 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dermatose formada por incontáveis vesículas infracentimétricas de conteúdo claro dispersas pelo tegumento e com afeção preferencial da região do tronco e membros superiores. Terá tido uma instalação súbita na sequência de exercício físico intenso realizado no exterior num dia de calor. Sem outras queixas ou sintomas associados. Negou utilização de novos fármacos, dermocosméticos, ou novo vestuário. Dadas as características típicas do quadro, sem outros sinais ou sintomas de alarme, assumiu-se como diagnóstico mais provável miliária cristalina. Este diagnóstico é clínico, pelo que não foram necessários meios complementares de diagnóstico. A miliária cristalina tem resolução espontânea com curso autolimitado, pelo que não foi também necessário



instaurar terapêutica dirigida. Foi explicado à doente a natureza benigna das suas alterações cutâneas e tranquilizada face ao bom prognóstico das mesmas. Ao final de dois dias houve melhoria completa da dermatose.

Destaco este caso pois embora se trate de lesões cutâneas de aparecimento súbito e exuberante, estas são inócuas, revelando a importância de saber detetá-las e tranquilizar os doentes face a diagnósticos de carácter benigno.

MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

P37 - Nódulos alaranjados na região infraorbitária – qual é o diagnóstico?

José Alberto Ramos¹, H. Leme¹, A. M. Silva¹, J. Nogueira², F. Bonito¹, J. Alves¹

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE.

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE.

Um homem de 50 anos recorre à consulta de Dermatologia pelo aparecimento de dois nódulos na face com dois anos de evolução. Negou sinais e sintomas sistémicos como febre, anorexia e sudorese noturna. Como antecedentes pessoais, salienta-se hipertensão arterial medicada e controlada com lisinopril.

Ao exame objetivo observou-se dois nódulos adjacentes, alaranjados, localizados na região infraorbitária direita. Da avaliação das lesões por dermatoscopia, destacam-se áreas alaranjadas homogéneas, vasos arboriformes e múltiplos pontos brancos. O restante exame objetivo e a avaliação analítica (hemograma, função renal e enzimologia hepática) não revelou alterações relevantes. Os resultados histopatológicos da biópsia de uma das lesões identificou que a derme esta ocupada por fibras espessas de colagénio com material amorfo eosinofílico abundante. Perante estes achados colocou-se como hipótese diagnóstico mais provável de amiloidose nodular. A avaliação da amostra com coloração vermelho de congo e luz polarizada revelou a característica birrefringência verde-maçã, confirmando a presença de depósitos amilóides. O estudo para exclusão de amiloidose sistémica foi negativo (eletroforese e imunofixação de proteínas séricas e na urina, e eletrocardiograma).

A amiloidose nodular cutânea localizada é uma forma rara de amiloidose cutânea e apresenta-se com nódulos ou placas únicas ou múltiplas, alaranjadas, mais frequentemente no tronco e extremidades. É considerada uma discrasia plasmocitária localizada, atendendo que os depósitos amilóides são compostos de cadeias leves de imunoglobulinas. A avaliação de amiloidose sistémica é recomendado devido ao risco de progressão para doença sistémica (ocorre aproximadamente em 7% dos casos). Neste contexto está ainda recomendado o seguimento anual destes doentes.

P38 - Placa xantomatosa ou algo mais? O desafio da amiloidose nodular cutânea primária

Patrícia Moreira Gomes¹, B. Granja¹; R. Costa¹; M.L. Sacramento²; J. Pinheiro²; F. Azevedo¹; E. Moreira¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A amiloidose é uma doença caracterizada pela deposição anormal de substância amiloide em tecidos e órgãos. A deposição cutânea pode ocorrer como manifestação secundária de amiloidose sistémica ou como forma limitada à pele. A amiloidose nodular (AN) é uma variante rara de amiloidose cutânea localizada, que geralmente se manifesta em adultos e apresenta um risco até 7% de progressão para amiloidose sistémica.



Caso clínico: Doente do sexo feminino, 55 anos, foi referenciada à consulta por lesão na hemiface direita com vários anos de evolução, sem sintomatologia associada. Ao exame objetivo, observou-se uma lesão em placa única de cor amarelada, com aproximadamente 3 cm de maior diâmetro, localizada na região malar direita. A biópsia da lesão revelou depósitos nodulares de material eosinofílico amorfo na derme e no tecido celular subcutâneo, acompanhados por infiltrado inflamatório plasmocitário. O estudo imunohistoquímico identificou população politípica de plasmócitos, com expressão de IgG e a coloração de vermelho do Congo evidenciou birrefringência verde maçã nos depósitos de substância amorfa, compatíveis com AN cutânea. A avaliação clínica e analítica não mostrou envolvimento sistémico.

Discussão: A AN cutânea primária é uma forma incomum de amiloidose localizada que se manifesta, clinicamente, com nódulos ou placas assintomáticas, de cor amarela ou acastanhada, frequentemente localizadas no tronco e extremidades, podendo ocorrer também na face. O diagnóstico de AN é confirmado pela análise histológica. Pelo risco de evolução para doença sistémica, está recomendada vigilância, pelo que, atualmente, a doente mantém-se em seguimento em consulta hospitalar.

P39 - Eritema induratum: a tuberculose como um diagnóstico diferencial

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹; E. Rios²; C. Lisboa^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João

³Departamento de Patologia e RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O eritema induratum é uma paniculite granulomatosa, de predomínio lobular, que se manifesta tipicamente nos membros inferiores e pode estar associada a diversas patologias, particularmente infeções. O termo eritema induratum de Bazin (EIB) está classicamente associado à tuberculose.

Caso clínico: Mulher, 42 anos, foi referenciada por lesões nodulares dolorosas nos membros inferiores, com dois meses de evolução. Negava outros sintomas, intercorrência infecciosa recente ou introdução de novos fármacos. Ao exame objetivo, observavam-se múltiplos nódulos subcutâneos eritematosos, alguns ulcerados, em ambas as pernas. Sem adenopatias palpáveis. A biópsia de uma das lesões documentou a presença de paniculite de predomínio lobular, associada a vasculite, áreas de necrose e infiltrado de predomínio linfo-histiocitário com formação de granulomas epitelióides com células gigantes multinucleadas. A pesquisa por PCR de DNA *M. tuberculosis complex* e *M. intracellulare* na lesão foi negativa, assim como o exame cultural micobacteriológico. O estudo complementar revelou aumento de marcadores inflamatórios; serologias víricas negativas; perfil auto-imune negativo; Interferon Gamma Release Assay (IGRA) positivo. Foi excluída a presença de tuberculose ativa. A doente tinha um IGRA prévio negativo. De acordo com os achados clínicos, histopatológicos e na positividade do teste IGRA, confirmou-se o diagnóstico de EIB, tendo a doente iniciado tratamento para a tuberculose. Verificou-se uma melhoria franca da paniculite após 3 meses de tratamento.

Discussão: O EIB é uma reação de hipersensibilidade cutânea aos antígenos do *Mycobacterium tuberculosis*. Clinicamente, manifesta-se com nódulos subcutâneos dolorosos, tipicamente localizados na face posterior das pernas, sendo mais frequente em mulheres de meia-idade. O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos, na análise histopatológica e na evidência de infeção ativa ou passada por *M. tuberculosis*. A abordagem do EIB é multidisciplinar e inclui tratamento tuberculostático e de suporte, como repouso e drenagem postural dos membros.

P40 - Histoplasmose cutânea na doença avançada por HIV

Lúcia Cossa¹, N. Malumbe¹, A. Cunha¹, I. Monteiro¹, R. Manuel¹, G. Luciano¹



¹Hospital Central de Maputo

C.M., 36 anos, sexo masculino, raça negra, residência Moçambique, profissão segurança. Refere início dos sintomas 4 meses antes do internamento, com uma pápula assintomática na região paranasal direita tendo medicado com eritromicina e ibuprofeno. Evoluiu com crescimento rápido e formação de tumor com ulceração, exsudação e dor local associada à perda progressiva de peso e sem febre. Antecedente de diagnóstico recente de infecção por HIV (de 1 semana) e sem tratamento antirretroviral.

Exame físico: estado geral razoável, com dermatose que afectava a região nasal direita caracterizada por tumor exófitico, consistência dura, ulcerado com exsudação sero-hemática.

Diagnósticos provisórios: Micose subcutânea e carcinoma espinocelular

Analiticamente com anemia normocítica, linfopenia, VS 44mm/h, RPR negativo, CD4 15 cél/μl, LDH 615 e restante bioquímica sem alteração. Biópsia cutânea: derme com numerosos histiocitos/macrófagos preenchidos de estruturas redondas de paredes finas em arranjo de aspecto granulomatóide ou nodular. Pesquisas pelas colorações de PAS e Grocott foram positivos com características de histoplasma

Diagnóstico definitivo: histoplasmose cutânea associado ao HIV

Tratamento: anfotericina lipossomal na fase de indução, fluconazol na fase de manutenção, tratamento antirretroviral (tenofovir, lamivudina e dolutegravir).

Após 1 ano de tratamento com fluconazol, o paciente evoluiu com regressão da tumoração na região nasal, melhora do CD4 (15 para 169 cel/μl) e carga viral indetectável.

Histoplasmose é uma micose sistémica de acometimento predominantemente pulmonar, causado por histoplasma capsulatum. Está associada a imunossupressão (SIDA, Linfoma, transplantados).

A apresentação cutânea é variada e a forma cutânea disseminada é frequente nos pacientes com SIDA. A coloração Grocott tem um papel importante no diagnóstico para histoplasmose. Na fase de indução recomenda-se o uso do intraconazol ou anfotericina lipossomal e na fase de manutenção, pode-se utilizar o fluconazol apesar de risco de resistência elevado.

P41 - O enigma do eritema anular centrífugo paraneoplásico revela um adenocarcinoma do pulmão oculto

Inês Pereira Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Abreu^{1,2}, F. Monteiro^{1,2}, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

O eritema anular centrífugo é uma forma crónica e reativa de eritema anular, caracterizada por placas eritematosas de configuração anular e policíclica, com uma expansão centrífuga e clareamento central, apresentando bordos elevados e descamativos. Esta patologia reflete uma reação de hipersensibilidade tipo IV e está associada a diversas causas, nomeadamente neoplasias.

Reportamos o caso de uma doente de 68 anos que foi encaminhada à consulta de Dermatologia por apresentar lesões cutâneas com dois meses de evolução, associadas a prurido ligeiro. As lesões consistiam em múltiplas placas eritematosas anulares, com limites bem definidos, bordos elevados e área de clareamento central, com diâmetro 1-2 centímetros, localizadas na face, ombro esquerdo, e ambos os membros superiores. Adicionalmente, observavam-se placas eritematodescamativas em ambas as palmas. A doente negava qualquer sintoma sistémico.

As biópsias cutâneas revelaram acantose irregular da epiderme, com hipergranulose e hiperqueratose ortoqueratósica, com focos de degenerescência hidrópica da camada basal. Na derme superior e média observou-se um infiltrado inflamatório linfocitário perivascular denso, sem eosinófilos.



A tomografia computadorizada de tórax revelou uma lesão pulmonar multiloculada, com paredes espessas e irregulares, contendo um componente mural sólido de 44 milímetros. A biópsia dessa lesão confirmou o diagnóstico de carcinoma do pulmão de não-pequenas células, especificamente adenocarcinoma. O estadiamento não revelou metástases à distância e a doente foi submetida a excisão cirúrgica do tumor e quimioterapia adjuvante, resultando na resolução completa das lesões cutâneas.

Assim, foi estabelecido o diagnóstico de eritema anular centrífugo paraneoplásico no contexto de adenocarcinoma do pulmão.

A associação entre o eritema anular centrífugo e as neoplasias é bem estabelecida, sendo mais frequentemente relacionado com doenças linfoproliferativas. A sua ligação com neoplasias de órgão sólido, como o adenocarcinoma do pulmão, é rara.

Este caso pretende destacar a importância das manifestações cutâneas paraneoplásicas como sinais de alerta para o diagnóstico precoce de neoplasias ocultas, com potencial impacto positivo no prognóstico.

P42 - Metástases cutâneas de carcinoma espinocelular laríngeo com diferenciação neuroendócrina

Inês Pereira Amaral^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, I. Soares^{1,2}, F. Monteiro^{1,2}, I. Abreu^{1,2}, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

As metástases cutâneas de carcinoma espinocelular (CEC) da laringe são incomuns e geralmente indicam uma doença em estadiamento avançado. Apresentamos o caso de um doente de 72 anos, previamente tratado a um CEC laríngeo, que desenvolveu sintomas neurológicos, culminando na descoberta de metástases disseminadas, incluindo cutâneas. Este caso sublinha a importância do diagnóstico clínico e do papel da Dermatologia no diagnóstico do tumor primário.

Reportamos o caso de um doente com antecedentes de CEC laríngeo tratado com cirurgia e quimioterapia, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de amnésia e desequilíbrio com duas semanas de evolução. Após a admissão, a tomografia computadorizada de crânio revelou uma lesão têmporo-occipital. Posteriormente, a TC cérvico-tóraco-abdómino-pélvica evidenciou metástases disseminadas ganglionares, ósseas, supra-renais e cutâneas, mas sem identificação do tumor primário.

Ao exame objetivo o doente apresentava múltiplos nódulos subcutâneos firmes e móveis dispersos pelo tronco. A biópsia cutânea revelou um nódulo que ocupava toda a derme, envolto numa cápsula fibromuscular. As células tumorais apresentavam núcleos grandes e corados de azul, juntamente com áreas de necrose e múltiplas mitoses atípicas, além de focos de queratinização. A imunohistoquímica foi positiva para AE1/AE3, EMA, CK5/6, CD56 e sinaptofisina, confirmando a metástase cutânea de CEC com diferenciação neuroendócrina e pavimentosa. Estes achados apoiaram fortemente o diagnóstico de metástase cutânea do tumor primário da laringe.

As metástases cutâneas de CEC com diferenciação neuroendócrina são extremamente raras e representam um desafio diagnóstico. A Dermatologia desempenhou um papel fundamental na identificação do tumor primário, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento destes doentes, particularmente quando se apresentam com características clínicas complexas.

P43 - Metastização cutânea de neoplasia do cólon

João Patrocínio^{1,3}, M. Silva de Sousa², P. Filipe^{1,3}, L. Soares-Almeida^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria



²Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde de Santa Maria

³Clínica Universitária de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

A metastização cutânea de adenocarcinoma colorretal é uma manifestação rara, observada em menos de 5% dos casos e associada geralmente a doença em estágio avançado. Apresenta-se o caso de um homem de 57 anos, diagnosticado com adenocarcinoma do cólon esquerdo estágio IV com metástases ósseas, pulmonares e ganglionares. O doente foi submetido a hemicolectomia direita por oclusão intestinal e, mais tarde, internado por pancitopénia e linfangiose carcinomatosa pulmonar. Durante o internamento, foram observadas múltiplas pápulas esbranquiçadas, firmes, não foliculocêntricas, disseminadas pelo tronco, membros superiores, região cervical, couro cabeludo e face. A biópsia cutânea revelou infiltração nodular na derme profunda por células epitelióides com elevado pleomorfismo celular e nuclear, numerosas mitoses e necrose central. A imunohistoquímica foi compatível com metástase cutânea de carcinoma pouco diferenciado de provável origem colorretal. Este caso destaca a importância da avaliação dermatológica em doentes com carcinoma avançado, uma vez que a presença de metástases cutâneas, embora rara, pode refletir a progressão da doença e influenciar o plano terapêutico e prognóstico.

P44 - Nódulos mamários como manifestação cutânea de linfoma não-Hodgkin

David Caetano, M. Pedroso, F. Mano, F. Martins, L. Ramos, J.C. Cardoso

Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra

O linfoma folicular é o segundo tipo mais comum de linfoma não-Hodgkin, classificado como indolente. O envolvimento cutâneo secundário por esta entidade é pouco descrito na literatura e apresenta-se de uma forma semelhante ao dos restantes linfomas, geralmente através de placas ou nódulos duros e violáceos. Descreve-se uma mulher de 74 anos com nódulos confluentes eritemato-violáceos, de consistência dura a nível da região mamária esquerda, que assumiam uma tonalidade amarelada após digitopressão. Não eram objetivadas outras alterações cutâneas. Tinha um diagnóstico prévio de linfoma folicular com envolvimento ganglionar axilar esquerdo, tendo cumprido poliquimioterapia com o esquema R-CHOP 1 ano antes. Apesar de ter havido remissão completa, houve desenvolvimento de novos conglomerados adenopáticos a nível axilar esquerdo, inguinal e cérvico-lateral bilateral após cerca de 6 meses de tratamento de manutenção com rituximab. A biópsia de uma das adenopatias axilares revelou linfócitos de pequena dimensão, positivos para CD20, CD10, Bcl-2 e Bcl-6 e negatividade para CD3, com um Ki67 de 80%, consistentes com uma recidiva de linfoma folicular com um índice proliferativo elevado.

Foi realizada biópsia que evidenciou um infiltrado linfoide em toda a espessura da derme, com células de média dimensão e escassos imunoblastos ocasionais; havia positividade difusa para CD20, Bcl-2 e Bcl-6. A imunofenotipagem da peça de biópsia revelou linfócitos B, com positividade para CD10. Concluiu-se pelo envolvimento cutâneo da neoplasia hematológica conhecida. Enquanto aguardava pelo início de quimioterapia, desenvolveu choque séptico de ponto de partida respiratório, refratário às terapêuticas invasivas, acabando por falecer.

O envolvimento cutâneo por linfoma folicular é incomum e poderá traduzir uma maior agressividade tumoral, com índice proliferativo mais elevado, maior potencial para transformação para outros linfomas não-Hodgkin agressivos e, assim, pior prognóstico.



P45 - Vasculite reumatóide, uma complicação rara: relato de caso e da importância do papel do dermatologista

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, R. Costa¹, B. Fernandes³, B. Granja¹, P. Gomes¹, A. Pedrosa^{1,2}, A. Mota^{1,2,4}, F. Azevedo¹

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

² Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

⁴ CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A vasculite reumatóide é uma complicação incomum, mas grave, da artrite reumatóide (AR), mais comum em doentes com longa evolução da doença, que cursa com oclusão vascular, isquemia e necrose tecidual.

Caso clínico

Mulher de 59 anos, natural do Brasil, com antecedentes de AR com 20 anos de evolução, não medicada, foi admitida no internamento de Dermatovenereologia por quadro de lesões purpúricas dos membros inferiores com áreas necróticas extensas das pernas bilateralmente. Referia, adicionalmente, artralhas de ritmo inflamatório, com tomas frequentes de piroxicam. Perante as hipóteses de vasculite *versus* reação adversa ao piroxicam, e pela gravidade da apresentação, foi iniciada prednisolona oral 60mg/dia. Do estudo etiológico realizado, foi descartada etiologia infecciosa, doença hemato-oncológica, e no estudo autoimune verificou-se positividade do fator reumatóide (87 UI/ML; n<30) e anti-CCP (402 U/mL; n<7), anticorpos antinucleares positivos (1:640), mas com anti-dsDNA, anti-ENA negativos, pesquisa de crioglobulinas negativas, e negatividade dos ANCA. A biópsia cutânea do bordo de úlcera revelou derme com fibrose, capilares superficiais com infiltrado inflamatório associado, sem a presença de eosinófilos. A conjugação dos achados clínicos com a negatividade do restante estudo reforçou a hipótese de vasculite reumatóide. Foi tentado o desmame da corticoterapia, mas verificou-se o aparecimento de novas lesões purpúricas, obrigando ao reincremento de dose. Houve, igualmente, necessidade de desbridamento cirúrgico das placas necróticas. Perante a corticodependência, foi iniciado rituximab (2 tomas de 1g), permitindo o desmame progressivo de corticóide, com melhoria significativa das queixas articulares e cicatrização parcial das lesões sob cuidados de penso. Encontra-se, atualmente, com 6 meses de seguimento, sob tomas de manutenção semestrais de rituximab (500mg).

Discussão

Este caso ressalta a complexidade da abordagem da vasculite reumatóide, do seu diagnóstico diferencial - em que o dermatologista desempenha um papel central - e da necessidade da conjugação de terapêutica imunossupressora com cuidados locais atempados.

P46 - Placas anulares associadas a artrite reumatoide não controlada

David Caetano, M. Pedroso, F. Mano, F. Martins, J.C. Cardoso, J.P. Reis

Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

A dermatite intersticial granulomatosa é uma entidade rara, que classicamente se apresenta em mulheres com artrite reumatoide. Raramente, pode estar associada a outras patologias autoimunes, fármacos ou representar uma síndrome paraneoplásica. A apresentação clínica é variável, tornando o diagnóstico desafiante.



Descreve-se uma mulher de 36 anos, venezuelana, com dermatose eritemato-acastanhada nas coxas com 3 meses de evolução. Além de prurido, tinha queixas de artralrias de ritmo inflamatório a nível metacárpico-falângico e nos punhos. Existia diagnóstico prévio de artrite reumatoide, embora a sua medicação habitual incluísse apenas diclofenac em crise e ciclobenzaprina, sem introdução recente de outros fármacos. Objetivavam-se placas endurecidas, anulares, de bordo rosado e infiltrado e região central mais violácea, com escoriações associadas, a nível da metade superior das coxas. Existia edema e dor à mobilização ativa e passiva das articulações dos punhos e dos dedos das mãos.

A biópsia revelou um infiltrado granulomatoso intersticial na derme superficial e média, com infiltração residual de eosinófilos e neutrófilos, compatível com dermatite intersticial granulomatosa. O restante estudo complementar não revelou alterações, exceto aumento do fator reumatoide (240 IU/mL; valor de referência: < 20 IU/mL) e positividade dos anticorpos antinucleares (título 1/1280, padrão homogéneo) e anti-peptídeo citrulinado cíclico. Assim, assumiu-se o diagnóstico de dermatite intersticial granulomatosa associada à artrite reumatoide.

Foi observada em consulta de Reumatologia pela artrite reumatoide não controlada, tendo iniciado metotrexato e hidroxiclороquina, após ciclo inicial de corticoterapia sistémica. Após 2 meses, houve melhoria das queixas de poliartralrias e resolução do quadro cutâneo, persistindo apenas manchas de hiperpigmentação pós-inflamatória.

Este caso reflete uma associação rara de artrite reumatoide e patologia cutânea, sendo o contexto epidemiológico e a análise histopatológica essenciais para o seu diagnóstico. Apesar do seu tratamento ainda não estar estandardizado, o controlo da doença de base muitas vezes permite a resolução do quadro cutâneo.

P47 - Doença de Crohn: a outra grande imitadora

Lanyu Sun¹, M. Correia¹, J. de Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

³Paulo Filipe Lab, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Lisboa

Doente do sexo feminino, de 52 anos, com antecedentes relevantes de doença inflamatória intestinal (DII) em estudo desde há 5 anos, não medicada e diabetes tipo 2 não insulino-tratado. Recorreu ao Serviço de Urgência por nódulos eritematosos dolorosos e simétricos nos maléolos externos, com 3 semanas de evolução. Referiu ainda agravamento da diarreia crónica no último mês. Realizou ecografia das partes moles, com diagnóstico sugestivo de paniculite, sem artrite. Colocaram-se como principais hipóteses diagnósticas eritema nodoso, vasculite cutânea, sarcoidose e doença de Crohn metastática (DCM). A biópsia cutânea revelou achados sugestivos de DCM e o exame cultural foi negativo para bactérias, micobactérias e fungos. O estudo complementar mostrou aumento da calprotectina fecal relativamente ao valor prévio. A doente foi medicada com prednisolona 30mg com resolução dos nódulos com hiperpigmentação pós-inflamatória. Iniciou posteriormente azatioprina para o tratamento da DC, sem recorrência do quadro cutâneo. A DCM é uma manifestação rara da doença de Crohn definida por lesões granulomatosas que infiltram a pele, descontínuas com o trato gastrointestinal afetado, cujo a fisiopatologia não está bem esclarecida. Na maioria dos casos, a DCM surge durante o curso da DC já bem estabelecida embora não parece existir correlação entre a atividade da doença intestinal e o aparecimento da DCM. Clinicamente as lesões são inespecíficas, podendo ser únicas ou múltiplas, manifestadas na forma de pápulas, nódulos e/ou placas que se podem ulcerar, principalmente quando envolve a área genital. A DCM extragenital afeta sobretudo os membros inferiores, tronco, abdómen e áreas intertriginosas. Histologicamente, a DCM assemelha-se tipicamente a sarcoidose com inflamação granulomatosa não-caseosa. O tratamento de primeira linha são os



corticosteróides tópicos e sistémicos. Outras opções terapêuticas incluem o metronidazol, sulfassalazina e imunossuppressores poupador de corticosteróides como azatioprina, metotrexato, ciclosporina e inibidores da TNF- α .

P48 - Nódulos eritematosos nas pernas de uma mulher

César Magalhães¹, J. Matos¹, A. Rosca¹, M. Monteiro¹, A. Coelho²

¹Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, Serviço de Dermatologia

²Laboratório de Anatomia Patológica (LAP) – UNILABS, Porto, Portugal

Uma mulher de 65 anos foi referenciada à Dermatologia para avaliação de lesões eritematosas em ambas as pernas com duas semanas de evolução. Destacava-se febre e dor abdominal associada. Ao exame objetivo observavam-se nódulos eritematosos, duros, subcutâneos e dolorosos em ambas as pernas, sobre o maléolo medial e a tibia com tamanhos compreendidos entre os 1.5 e 3 cm. Após inspeção minuciosa, foi observada ulceração espontânea com secreção de material acastanhado e viscoso. A doente não tinha antecedentes pessoais de relevo ou história de traumatismo prévio no local. Foi efetuada uma biópsia cutânea incisional que constatou inflamação neutrofílica lobular, necrose gorda com adipócitos anucleados e calcificação que confirmou o diagnóstico de paniculite pancreática.

A paniculite pancreática é uma forma rara de paniculite predominantemente lobular, caracterizada por inflamação do tecido adiposo. Ela desenvolve-se raramente em indivíduos com doença pancreática e acredita-se que resulta da liberação sistémica de enzimas pancreáticas, como tripsina, amilase e a lipase. Estas difundem-se pelo sistema hematológico e linfático, promovendo assim a lipólise e a saponificação. Isso resulta em nódulos espontâneos que podem ulcerar e drenar conteúdo acastanhado intimamente correlacionado com a necrose dos adipócitos. O tratamento da paniculite é de suporte e esta habitualmente desaparece com a resolução da causa subjacente de inflamação pancreática. Em patologias crônicas, como o carcinoma pancreático, o curso tende a ser persistente e de difícil controlo.

P49 - Púrpura palpável como manifestação inicial de vasculite IgA com envolvimento renal no adulto

Hugo J. Leme¹, J. A. Ramos¹, A. M. Silva¹, F. F. Rodrigues², Â. Roda¹, J. Alves^{1,3}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

²Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

A vasculite IgA corresponde a uma inflamação de pequenos vasos causada pela deposição de imunoglobulina A. Pode afetar diferentes órgãos, designadamente a pele, rim, intestino e articulações. Embora seja mais frequente em crianças, o surgimento em adultos associa-se a um pior prognóstico, pelo maior risco de desenvolvimento de doença renal crónica. Por norma, a púrpura palpável é a manifestação inicial da doença. O dermatologista desempenha um papel fundamental no reconhecimento e diagnóstico precoce.

Descrevemos um caso de um homem de 61 anos, sem antecedentes de relevo, com um quadro de uma semana de evolução caracterizado por máculas e pápulas eritematovioláceas, que não desapareciam à digitopressão, localizadas nos membros inferiores. Sem sintomas sistémicos. Negava infeções recentes ou introdução de fármacos. Foi colocada a hipótese de vasculite e foram realizadas biópsias cutâneas para histopatologia e imunofluorescência direta. O exame histopatológico revelou um ligeiro infiltrado inflamatório perivascular na derme superficial, com extravasamento de eritrócitos. A imunofluorescência direta foi negativa. Da avaliação analítica destacava-se hematóproteínúria. Foi medicado com prednisolona



oral, contudo, apesar da resolução da dermatose, a hematóproteínúria persistia. O doente foi referenciado à Nefrologia, onde foi efetuada biópsia renal, demonstrando glomerulonefrite crescêntica com deposição de IgA, estabelecendo-se o diagnóstico de vasculite IgA. Assim, iniciou tratamento com pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida.

Destaca-se a púrpura palpável enquanto manifestação inicial de uma vasculite sistémica potencialmente grave. Demonstra-se que, num contexto de prática clínica real, a ausência de achados na imunofluorescência direta não deve excluir o diagnóstico, uma vez que está dependente do tempo de evolução das lesões cutâneas, devendo ser idealmente realizada em lesões com duração <48h, nem sempre possível. Salienta-se também a importância do dermatologista no diagnóstico atempado de manifestações cutâneas de doenças sistémicas, na investigação de complicações/comorbilidades e na referenciação para outras especialidades, o que pode ser fulcral para melhorar o prognóstico.

P50 - O Diagnóstico de Eritema Elevatum Diutinum no Doente com Sarcoidose

Filipe Silva Monteiro^{1,2}, I. T. Abreu^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, I. Pereira-Amaral^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, L. Soares-de-Almeida^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia - Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Clínica Universitária de Dermatologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O eritema elevatum diutinum (EED) é uma vasculite necrotizante rara, frequentemente confundida clinicamente com outras dermatoses inflamatórias ou granulomatosas. Em doentes com sarcoidose esta entidade poderá ser um diagnóstico diferencial ou uma manifestação secundária à doença exigindo um estudo exaustivo nestes doentes, com exclusão de outras doenças inflamatórias, granulomatosas ou neoplásicas para orientação da terapêutica adequada.

Apresentamos uma doente do sexo feminino, 64 anos, com antecedentes de sarcoidose e panuveíte e em tratamento com metotrexato e infliximab. A doente recorreu ao serviço de urgência por dermatose com 7 meses de evolução caracterizada por placas e nódulos eritematovioláceos dolorosos nos membros inferiores, alguns com ulceração espontânea, negando outras queixas. Analiticamente sem alterações de relevo no estudo da autoimunidade, nas serologias infecciosas ou na pesquisa de crioglobulinas. O teste IGRA foi negativo e a biópsia microbiológica não evidenciou organismos patogénicos, incluindo micobactérias. Do estudo histopatológico revelou-se um infiltrado nodular perivascular composto por numerosos neutrófilos com leucocitoclasia, linfócitos, eosinófilos e histiócitos na derme superficial e profunda. Não se observaram depósitos de fibrina na parede dos vasos, trombos intravasculares, fendas de colesterol ou formação de granulomas, alterações sugestivas de um provável EED e excluindo as hipóteses de sarcoidose cutânea ou etiologias infecciosas. A doente iniciou tratamento com dapsona, mantendo vigilância clínica das lesões.

O diagnóstico diferencial entre EED e as manifestações cutâneas da sarcoidose pode ser complexo dada a sobreposição das apresentações clínicas e da coexistência destas patologias, podendo a sarcoidose ser um fator contributivo para a manifestação de EED. Neste caso clínico, a exclusão de causas infecciosas e autoimunes aliada às alterações no estudo histopatológico afastou as hipóteses diagnósticas de doenças granulomatosas ou trombóticas e conduziu a um diagnóstico preciso.

P51 - Lupus pérmio – condição clínica potencialmente desfigurante e recalcitrante ao tratamento

Rúben Nogueira-Costa¹, P. Gomes¹, G. P. Rosa¹, A. Morais², F. Azevedo¹, A. P. Cunha¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal



² Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO:

A sarcoidose é uma doença multissistémica de atingimento pulmonar preferencial caracterizada pela presença de granulomas não caseosos e infiltrado linfocítico escasso ou ausente. Em 30% dos casos existe atingimento cutâneo. Dentro do polimorfismo do atingimento cutâneo de realçar a variante lupus pérmio que se associa frequentemente a envolvimento sistémico. Tem capacidade de desfigurar motivo pelo qual é importante o tratamento atempado.

CASO CLÍNICO:

Sexo feminino, 59 anos, caucasiana, antecedentes de estenose aórtica severa submetida a cirurgia com prótese biológica, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Apresenta-se por dermatose com 1 ano de evolução constituída por pápulo-nódulos, eritemato-violáceas na região malar bilateralmente, asa nasal do nariz, dorso e membros superiores. Levantada a hipótese clínica de sarcoidose, variante lupus pérmio na face. Foi realizada biópsia cutânea de lesão dorso que revelou pele de derme e hipoderme com processo inflamatório crónico com granulomas epitelioides sem necrose central. O estudo histoquímico (PAS; Zhiel-Neelsen) não evidenciou presença de microrganismos. Realizou tomografia computadorizada torácica, sendo diagnosticada com sarcoidose torácica do tipo II. Excluiu-se envolvimento oftálmico e envolvimento cardíaco. Pelo envolvimento cutâneo iniciou tratamento com tópicos que se revelaram ineficazes. Posteriormente iniciou corticoterapia oral com melhoria das lesões. No entanto, pela recrudescência das lesões no desmame e pelos efeitos adversos da corticoterapia optou-se por suspender este tratamento. Efetou injeção intralesional de corticoide e ciclos de doxiciclina e minociclina sem benefício terapêutico. Pelo agravamento e potencial desfigurante iniciou metotrexato e, um ano após, infliximab na dose de 4mg/Kg. Após introdução da terapêutica anti-TNF apresentou uma melhoria marcada das lesões.

DISCUSSÃO:

Este caso evidencia a necessidade de um tratamento multimodal da sarcoidose e evidencia a ineficácia de muitas terapêuticas. A variante de lupus pérmio tem capacidade de desfigurar motivo pelo qual se optou pela escalada terapêutica nesta utente, nomeadamente anti-TNF.

P52 - Síndrome trófica do trigémio secundária a acidente vascular cerebral bulbar lateral

Rúben Nogueira-Costa¹, P. Gomes ¹, J. Pinheiro ², P. Castro^{3,4}, F. Azevedo ¹, E. Moreira ¹

¹ Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

² Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

³ Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

⁴ Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO:

A síndrome trófica do trigémio é caracterizada por ulceração facial secundária a lesão da via trigeminal de causa periférica ou central (p.e. ablação do nervo do trigémio, traumatismo, infeção por herpes zoster ou acidente vascular cerebral (AVC)). O AVC isquémico no território da artéria cerebelosa pósterio-inferior (ou enfarte bulbar lateral) resulta habitualmente na síndrome de Wallenberg, cujos sintomas sensitivos secundários à isquemia do núcleo sensitivo do trigémio incluem disestesias, prurido, sensação de queimadura, corpo estranho ou dor da hemiface ipsilateral. Ao exame objetivo, um doente com síndrome trófica do trigémio pode apresentar hipostesia ou anestesia hemifacial, associada a uma ou mais úlceras nos dermatómos desse nervo trigémio.

CASO CLÍNICO:



Doente do sexo masculino, 49 anos, caucasiano, com antecedentes de AVC isquémico da artéria cerebelosa póstero-inferior esquerda em 2022. Referenciado à consulta dermatologia por prurido incontável e lesões cutâneas localizadas à hemiface esquerda. Ao exame objetivo objetivadas múltiplas úlceras superficiais. A pesquisa de HSV1, HSV2 e HZV foi negativa. A biópsia cutânea mostrou ulceração extensa recoberta por exsudado fibrino-leucocitário, derme superficial com moderado infiltrado inflamatório de neutrófilos, sem outras alterações valorizáveis, nomeadamente presença de microorganismos por estudo histoquímico. Atendendo à relação temporal com o AVC e à localização das lesões no dermatomo do nervo trigémio ipsilateral, feito o diagnóstico de síndrome trófica do trigémio. O doente encontra-se atualmente a realizar tratamento com gabapentina, amitriptilina e duloxetina em doses elevadas, mantendo queixas disestésicas e úlceras cutâneas.

DISCUSSÃO:

Apresenta-se um caso grave de síndrome trófica do trigémio caracterizado por múltiplas úlceras faciais típicas, evidenciando-se as dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica desta condição rara.

P53 - Síndrome de Sulzberger-Garbe em doente com Hepatite B

Mariana Ventura Pedroso¹, D. Caetano¹, D. Flor¹, F. Mano¹, JC. Cardoso¹, L. Ramos¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

O eczema numular caracteriza-se pela presença de placas eczematiformes discóides muito pruriginosas, crónicas, que podem constituir um desafio de gestão terapêutica, evidente na Síndrome de Sulzberger-Garbe.

Um doente de 62 anos, saudável, foi encaminhado à consulta de Dermatologia por dermatose muito pruriginosa caracterizada por placas eritematosas de configuração numular, de 1 a 4 centímetros de diâmetro, dispersas pelos membros e tronco.

As lesões teriam surgido 1 ano antes, tendo sido previamente medicado com metilprednisolona oral, com melhoria parcial, bem como antibioterapia sistémica associada a betametasona e ácido fusídico, sem melhoria. O doente negava queixas sistémicas, bem como fatores desencadeantes, nomeadamente de contacto ou medicamentosos.

Assim, foram colocadas as hipóteses clínicas de poder tratar-se de eczema numular ou dermatite herpetiforme. A biópsia cutânea incisional revelou a presença de acantose marcada, irregular, com paraqueratose em superfície, associadas a infiltrado linfomononucleado perivascular, que permitiu estabelecer o diagnóstico de dermatite espongíotica subaguda, compatível com o diagnóstico clínico de eczema numular disseminado, Síndrome de Sulzberger-Garbe.

Do estudo analítico destacou-se a positividade de antígeno HBs, anticorpos anti-HBe e carga viral HBV detetável, permitindo o diagnóstico de novo de hepatite B crónica. Foi encaminhado à consulta de Infeciologia, onde se encontra em seguimento por hepatite B crónica em fase residual.

O doente manteve-se com mau controlo sintomático apesar da aplicação de clobetasol e metilprednisolona oral. Dadas condicionantes geográficas, não foi possível realizar fototerapia, e, pela patologia infecciosa, não introduzida imunossupressão clássica. Assim, foi proposto para terapêutica com Dupilumab, tendo apresentado franca melhoria.

Serve o presente caso para destacar o difícil controlo da doença nesta apresentação de eczema numular disseminado, bem como a possibilidade de associação do mesmo com Hepatite B. Apesar da existência de várias opções terapêuticas após falência de terapêutica tópica, as comorbilidades dos doentes, bem como as limitações geográficas, acrescem dificuldade na sua gestão.



OCUPACIONAL

P54 - ~~Computer Palms – Uma Nova Dermatose Ocupacional~~ [RETIRADO PELO AUTOR]

Carlos M. Nogueira¹, C. Cerqueira¹, M. S. Ribeiro¹, J. F. Matos², T. Pereira¹

¹Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Braga

²Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

~~O desenvolvimento tecnológico e a consequente alteração dos meios e dispositivos de trabalho na maioria das profissões abriu portas ao aparecimento de novas dermatoses ocupacionais. Os computadores, em particular, tornaram-se praticamente ubiqüitários na maioria dos contextos profissionais, tornando a maioria dos trabalhadores suscetíveis a uma série de dermatoses relacionadas com o seu uso.~~

~~Relatamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 79 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu à consulta após o aparecimento gradual de manchas eritematosas simétricas nas palmas das mãos, ao nível das eminências hipotenares. As lesões eram assintomáticas, fixas e apresentavam telangiectasias à superfície. A anamnese revelou que a doente trabalhava como secretária há mais de 15 anos, passando todo o horário de trabalho a utilizar o computador. O posicionamento das mãos da doente no teclado confirmou a ocorrência de pressão crónica nos locais atingidos.~~

~~Os achados descritos de manchas eritematosas fixas e simétricas na região medial das palmas das mãos, com telangiectasias, já foram reportados em apenas dois casos na literatura. Em ambos os casos, os doentes trabalhavam há mais de dez anos como programadores. Este fenómeno foi apelidado de “computer palms” pelos autores e é interpretado como uma lesão de pressão de estadio I, resultante da pressão crónica na região cubital das palmas das mãos quando pousadas por períodos prolongados num teclado/secretária. Pela natureza assintomática das lesões, esta dermatose é provavelmente subdiagnosticada e negligenciada com frequência. Com este caso, pretendemos alertar para esta entidade infrequente e amplamente desconhecida. Embora o potencial de evolução para lesões de pressão mais avançadas pareça ser improvável, o uso cada vez mais frequente de computadores no local de trabalho (e em contexto recreativo) pode tornar estes achados cada vez mais frequentes na consulta de Dermatologia.~~

P55 - Perniose das coxas: não só equestre, mas como doença profissional

Gilberto Pires da Rosa^{1,2}, A. Nogueira¹, A. Mota^{1,2,3}, F. Azevedo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³CINTESIS@RISE - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O eritema pérmio é uma entidade inflamatória com patogénese não totalmente esclarecida, colocando-se a hipótese de uma resposta vascular anormal em locais de exposição ao frio. Atinge mais frequentemente áreas acrais, nomeadamente os dedos das mãos e pés.

Caso Clínico

Uma doente de 29 anos foi avaliada em Serviço de Urgência de Dermatovenereologia por quadro de placas anulares eritematovioláceas com erosão central da face lateral das coxas e regiões nadegueiras, dolorosas, não pruriginosas, com dimensões a variar entre 2-6 cm. A doente trabalhava num supermercado, tendo notado agravamento dos sintomas após transição de posto para a secção de congelados, com exposição



frequente a arcas frigoríficas com baixas temperaturas. Foram colocadas as hipóteses de paniculite ao frio ou eritema pérmio. Foi instituída terapêutica com clobetasol pomada (e, posteriormente, tacrolimus pomada), nifedipina 30mg por dia e pentoxifilina 400mg em duas tomas diárias, e realizada biópsia. O exame histológico exibiu, a nível da derme, um moderado infiltrado inflamatório mononuclear perivascular, sem outras alterações valorizáveis. A conjugação dos achados histológicos com o contexto clínico favoreceu a hipótese de eritema pérmio. A doente foi reavaliada em consulta de Dermatologia, verificando-se resolução das lesões, tendo sido realizada exclusão de causa secundária, nomeadamente doença autoimune, hematológica, oncológica, infecciosa ou crioglobulinemia. Após suspensão da medicação e com a manutenção da atividade laboral, surgiu uma nova lesão da coxa direita. Foi retomada a terapêutica, e feita realocação do posto de trabalho, com resolução das lesões, mantendo-se a doente sem recidiva ao fim de um ano e meio de seguimento.

Discussão

A clínica associada ao eritema pérmio é variável, salientando este caso pela importância de se considerar o diagnóstico em localizações incomuns, como as coxas, com descrição sobretudo nos praticantes de atividades equestres. Neste caso, o contexto laboral foi o possível desencadeante, motivando a mudança de posto de trabalho.

ONCOLOGIA

P56 - Melanoma amelanótico: um desafio diagnóstico

Patrícia Moreira Gomes¹, R. Costa¹; J. Almeida²; C. Costa²; F. Azevedo¹; I. Antunes¹; P. Amoedo¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de São João

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O melanoma amelanótico (MA) é um subtipo pouco frequente, representando 2-10% de todos os casos de melanoma. O MA pode manifestar-se como um nódulo, mácula ou placa eritematosa, geralmente com bordos bem definidos, sendo frequentemente confundido com outras lesões benignas. A apresentação semelhante a outras dermatoses condiciona um atraso no diagnóstico e um potencial pior prognóstico.

Caso clínico: Sexo masculino, 69 anos, referenciado à consulta por lesão pruriginosa na região abdominal, com aproximadamente 1 ano de evolução, refratária a tratamento tópico com corticosteroides. Sem antecedentes pessoais de cancro cutâneo ou outras doenças dermatológicas. Ao exame objetivo, apresentava placa eritemato-descamativa, com 4 cm de maior diâmetro, localizada à região abdominal superior. Sem outras lesões semelhantes ou adenopatias palpáveis. A dermatoscopia revelou a presença de vasos punctiformes, áreas vermelho-leitoso e crisálidas sob base eritematosa. A biópsia cutânea da lesão documentou a presença de melanoma de extensão superficial, Breslow 3,7mm. Foi realizada cirurgia para excisão do melanoma e biópsia de gânglio sentinela que foi negativa. Os exames de estadiamento não revelaram lesões secundárias (T3b N0 M0 – estadio IIB). O paciente foi proposto para iniciar terapêutica adjuvante com pembrolizumab.

Discussão: O MA é uma forma rara de melanoma que não apresenta a pigmentação característica dos melanomas, podendo ser facilmente confundido com uma patologia cutânea benigna. A presença combinada de alguns fatores pode levantar a possibilidade de MA, perante uma lesão em placa semelhante a eczema: idade >50 anos, história familiar ou pessoal de cancro cutâneo, fototipo baixo, fotoenvelhecimento cutâneo, lesão em placa isolada, achados específicos de melanoma à dermatoscopia, ausência de melhoria com corticosteroides. A presença destas características deve levantar a possibilidade



de MA e, consequentemente, a realização de biópsia cutânea. À semelhança do melanoma convencional, o tratamento de eleição é a excisão cirúrgica com margens adequadas.

P57 - Melanoma do tipo nevo azul: uma variante rara e agressiva

Lanyu Sun¹, D. Sousa¹, I. Abreu¹, G. Silva¹, M. Pinho², C. Quadros², J. de Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,3}, P. Filipe^{1,3,4}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

³Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

⁴Paulo Filipe Lab, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Lisboa

Doente do sexo masculino de 34 anos, foi evacuado da Guiné-Bissau por tumor no tornozelo direito de crescimento exponencial nos últimos 6 meses, que terá evoluído a partir de uma pápula pigmentada infracentimétrica com mais de 20 anos de evolução. Clinicamente observou-se um tumor exofítico hiperpigmentado, de coloração preta/negra, 10x8x6 cm e massa adenopática da região inguinal homolateral. O diagnóstico de melanoma do tipo nevo azul foi estabelecido com base em achados histopatológicos que demonstraram uma proliferação de células melanocíticas epitelióides centrada na derme, com intenso pigmento melânico, poupando a epiderme. A pesquisa da mutação BRAF600 de uma metástase cutânea foi negativa. Os exames complementares mostraram metastização multiorgânica, com envolvimento ganglionar, cerebral, pulmonar, hepática, gastrointestinal, supra-renal, pancreática, vesícula biliar e óssea. O doente realizou três ciclos de imunoterapia com ipilumab/nivolumab mas por progressão da doença, acabou por falecer após 5 meses. O melanoma do tipo nevo azul (MNA) é uma variante rara de melanoma que tem origem em nevo azul ou que se surge de novo, mas que mimetiza arquiteturalmente e citologicamente o nevo azul. A idade de início mais comum é entre os 45 e 55 anos, e a manifestação clínica mais frequente é um nódulo grande que mede vários centímetros e de crescimento rápido sobre um nevo azul pré-existente. É mais comum na cabeça e no pescoço, mas pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo comum a metastização para os gânglios linfáticos. Os fatores de prognóstico e a evolução do MNA relativamente aos outros tipos de melanomas não está bem definida, embora parece existir uma associação significativa entre a dimensão tumoral e a sobrevida livre de doença. Este caso mostra uma variante rara do melanoma, em um doente jovem, em que o tumor primário atingiu uma dimensão considerável e com metastização multiorgânica, cujo desfecho foi fatal.

P58 - Linfoma B difuso de grandes células cutâneo: quando o tempo é precioso

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, F. S. Monteiro^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,2,3}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

Apresentamos o caso de uma mulher de 75 anos, fototipo II *Fitzpatrick*, encaminhada ao Serviço de Urgência de Dermatologia por nódulo no membro inferior direito com 2 meses de evolução, doloroso.

Ao exame objetivo constata-se nódulo eritematoso de cerca de 3x3cm na face posterior da perna direita, muito doloroso ao toque e pápulas violáceas na face anterior da perna direita, assim como edema assimétrico da perna direita. A doente negou febre, hipersudorese noturna ou perda ponderal.



Foi colocada a hipótese diagnóstica de linfoma cutâneo e realizada biópsia incisional cujo resultado identificou linfoma B difuso de grandes células de tipo perna, com índice proliferativo >80%, marcadores CD20, CD79a, MUM1, bcl-2 e bcl-6 positivo e negativo para CD-138 e CD-10, sem restrição de cadeias leves. Constatou-se progressão das pápulas violáceas para nódulos eritematosos enquanto se aguardava o resultado da biópsia cutânea. Realizou TC de estadiamento que identificou adenopatias loco-regionais, sem disseminação à distância.

A doente foi encaminhada para consulta de Hematologia e iniciou tratamento com RCHOP tendo-se verificado uma excelente resposta do ponto de vista cutâneo.

Os linfomas cutâneos primários (LCP) representam 19% dos linfomas não-Hodgkin extranodais. São um grupo diverso de neoplasmas linfoides com características clínicas, histológicas, imunofenotípicas, citogenéticas e moleculares distintas. A sua raridade e heterogeneidade faz com que constituam um desafio diagnóstico e terapêutico. Os LCP de células B (LCPCB) são muito mais raros que os LCP de células T, dividindo-se em 3 subtipos principais: LCPCB da zona marginal, linfoma folicular e linfoma B difuso de grandes células (DLBCL). Os DLBCL do tipo perna têm pior prognóstico (sobrevivência a 5 anos de 70%) comparados com os restantes LCPCB.

Este caso serve para alertar a importância do Dermatologista no diagnóstico precoce dos linfomas cutâneos por forma a iniciar rapidamente tratamento com potencial de alterar o prognóstico do doente.

P59 - Úlcera de perna: apresentação incomum de linfoma cutâneo primário de grandes células B, tipo perna

Keyla Sousa¹, J. Teixeira¹, J. C. Cardoso¹, J. Calvão¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

O linfoma cutâneo primário de grandes células B, -tipo perna é um linfoma cutâneo raro, agressivo e de mau prognóstico.

Representa apenas 2 % de todos os linfomas primários cutâneos e afecta predominantemente idosos (8-9ª década de vida), com predomínio do sexo feminino.

Um homem de 85 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, foi observado em consulta por lesão ulcerada na face anterior do 1/3 distal da perna esquerda com 3 meses de evolução. Objectivava-se lesão única com 5x5 cm, em placa, de conformação circular, com bordos bem definidos, eritematosos e infiltrados e centro ulcerado de fundo fibrinoso. Sem adenopatias locorregionais ou outras lesões suspeitas no restante tegumentos cutâneos.

Medicado inicialmente pelo Médico de Família com amoxicilina + ácido clavulânico e ciprofloxacina oral, sem melhoria. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas clínicas de carcinoma espinhocelular, queratoacantoma, porocarcinoma e pioderma gangrenoso e realizadas biópsia cutânea.

O exame histológico revelou denso infiltrado intradérmico com atingimento de toda espessura da derme e junção dermoepidérmica, formado predominantemente por células linfoides de grande tamanho com citoplasma pálido. O estudo imuno-histoquímico revelou positividade para Bcl2, MuM1 e Bcl6. Realizou PET-CT que demonstrou doença linfomatosa de alto grau metabólico em actividade no local de lesão, e sem evidência de outras lesões suspeitas.

Estabeleceu-se, assim o diagnóstico de linfoma cutâneo primário de grandes células B, tipo perna (PCLBCL, LT).

Após discussão com Hematologia, foi submetido 6 ciclos de R-mini-CHOP com resolução completa da lesão da perna, mantendo-se bem.

O PCLBCL, LT manifesta-se habitualmente na forma de lesões nodulares, únicas ou múltiplas, maioritariamente na perna. A apresentação sob a forma de placa ulcerada ou úlcera é menos frequente,



colocando um desafio diagnóstico. Este caso pretende alertar para a necessidade de manter uma adequada suspeita diagnóstica desta entidade mesmo perante apresentações atípicas.

P60 - Micose fungóide: apresentação em placa única

Mariana Ventura Pedrosa¹, D. Caetano¹, D. Flor¹, F. Mano¹, F. Martins¹, J.C. Cardoso¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

A micose fungóide constitui o principal tipo de linfomas cutâneos de células T, correspondendo a cerca de metade dos linfomas primários cutâneos.

Um homem de 41 anos, saudável, foi observado na consulta de Dermatologia por apresentar uma placa eritematosa, não infiltrada, com descamação fina, de 4 centímetros de maior eixo, na face anterior da coxa direita. A lesão teria surgido 3 anos antes, mantendo-se dimensionalmente estável. Associadamente, referia prurido local, que melhorava com a aplicação de mometasona pomada. O doente negava ainda queixas sistémicas, bem como fatores desencadeantes ou de agravamento. Não foram objetivadas outras alterações à inspeção do restante tegumento cutâneo e das mucosas. Assim, foi colocada a hipótese clínica de poder tratar-se de placa de eczema, pelo que foi proposto manter vigilância clínica e aplicação de mometasona. No entanto, seis meses depois, por manter estabilidade da lesão, foram colocadas as hipóteses de poder tratar-se de placa única de parapsoríase ou micose fungóide. A biópsia cutânea revelou um infiltrado linfocitário na derme papilar, com atipia e epidermotropismo, bem como formação focal de microabcessos. O estudo imunohistoquímico mostrou positividade para CD2, CD3 e CD5, assim como discreta perda de CD7. Os linfócitos intraepidérmicos eram predominantemente CD8 e os intradérmicos CD4. Posto isto, foi estabelecido o diagnóstico de micose fungóide. À data do diagnóstico, o doente não apresentava adenopatias palpáveis e o estudo analítico, nomeadamente leucograma e populações linfocitárias, não demonstrava alterações.

Serve o presente caso clínico para ressaltar os desafios no diagnóstico de doentes com micose fungóide em estadios iniciais, particularmente aquando da apresentação sob forma de placa única, fazendo diagnóstico diferencial com entidades inflamatórias comuns. Esta dificuldade influencia o tempo decorrido entre o aparecimento de lesões e o diagnóstico, que é em média de 4 a 6 anos.

P61 - Tratamento de linfoma cutâneo primário de pequenas/médias células T CD4+ com administração de betametasona intralesional

Joana Vieitez Frade¹, A. Mata², J. Patrocínio¹, M. Correia¹, J. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,3,4}

¹Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

²Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

³Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

⁴Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

O linfoma cutâneo primário de pequenas/médias células T CD4+ é uma doença rara que representa cerca de 3% de todos os linfomas cutâneos primários, sendo mais frequente em indivíduos entre os 50 e os 60 anos de idade. Esta condição caracteriza-se pelo surgimento de um nódulo solitário, normalmente assintomático, na face, pescoço ou região superior do tronco, contudo estão descritas outras localizações e/ou múltiplas lesões. Esta entidade tem geralmente um prognóstico favorável.

Destacamos o caso de uma doente do sexo feminino, 45 anos, fotótipo IV de Fitzpatrick, sem antecedentes pessoais relevantes. Foi avaliada em consulta de Dermatologia por surgimento de um nódulo eritematoso, com cerca de 1cm de maior eixo, indolor, duro, no terço médio do lábio inferior, com cerca de um mês de



evolução e em agravamento progressivo. Sem sintomatologia sistémica ou adenopatias palpáveis. A biópsia cutânea foi compatível com linfoma cutâneo primário de pequenas/médias células T CD4+. Realizaram-se exames complementares de diagnóstico, que excluíram atingimento sistémico. Dada a localização da lesão e refratariedade a corticosteroide tópico, optou-se por administração de betametasona (suspensão 14mg/2mL) intralesional, com resolução completa da lesão após 2 semanas de tratamento. Sem novas lesões cutâneas aos 6 meses de seguimento.

Atualmente não existem recomendações específicas para o tratamento deste tipo de linfoma cutâneo primário, sendo a evidência limitada a casos reportados, incluindo quimioterapia, radioterapia, corticosteroides (tópicos ou intralesional) ou excisão cirúrgica.

Salientamos o caso em questão pela raridade da entidade clínica e excelente resposta a uma terapêutica acessível e pouco invasiva.

P62 - Tumor facial: um desfecho inesperado

Diogo de Sousa¹, C. Brazão¹, J.P. Vasconcelos¹, L. Soares-Almeida^{1,2}, M. Alpalhão^{1,2,3,4}, P. Filipe^{1,2,3}

¹ Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisbon, Portugal

² Dermatology University Clinic, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal

³ Dermatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

⁴ Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas, Lisbon, Portugal

A Doença Linfoproliferativa T de células pequenas e médias CD4+ geralmente apresenta-se como uma lesão solitária assintomática de crescimento lento, na forma de um nódulo ou tumor na região da cabeça e pescoço. Por definição, é caracterizada histologicamente pela presença de linfócitos CD4+ de tamanho pequeno a médio porte, infiltrando a derme de forma densa, com um padrão nodular ou difuso.

Reportamos o caso de uma doente de 36 anos, do sexo feminino, fototipo III de Fitzpatrick, sem antecedentes médicos relevantes, que recorreu a consulta por nódulo único na região palpebral inferior, com três meses de evolução e crescimento progressivo, sem aparente desencadeante. À observação constata-se uma pápula eritematosa com 8mm de maior eixo, de consistência firme e móvel. A dermatoscopia era caracterizada por fundo amarelado, com aberturas foliculares castanhas e telangiectasias arboriformes. A biópsia cutânea revelou uma infiltração densa, nodular, de toda a derme e hipoderme, por linfócitos de tamanho pequeno a médio, com núcleos pleomórficos. O estudo imunohistoquímico foi positivo de forma intensa e difusa para CD3 e CD4, com expressão moderada para CD8 e CD20, e escassa para PD1 e bcl-6, tendo sido negativo para CD10 e CD30. Foi considerada como hipótese diagnóstica mais provável Doença Linfoproliferativa T de células pequenas e médias CD4+. Foi proposta excisão do tumor como opção terapêutica de primeira linha. Em reavaliação um mês após a biópsia verificou-se resolução completa da lesão, permanecendo apenas uma pequena pápula cicatricial pós biópsia. No seguimento aos três meses não se verificou recidiva.

Este caso destaca uma entidade rara, cujo diagnóstico exige uma correlação clínica e histopatológica estreita. O tratamento da Doença Linfoproliferativa T de células pequenas e médias CD4+ inclui excisão cirúrgica, radioterapia e corticoterapia intralesional, estando também reportados casos de resolução pós biópsia.

P63 - O benefício da ecografia na decisão terapêutica dos carcinomas basocelulares

José Miguel Alvarenga¹, M. Caetano¹, M. Nogueira¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal



A ecografia é uma técnica acessível e não-invasiva com utilidade crescente na Dermatologia, quer em contexto de doenças inflamatórias (p.ex. hidradenite supurativa), quer de neoplasias (p.ex. CBC). Na ecografia em modo B, o CBC geralmente caracteriza-se como uma lesão hipoeecogénica bem delimitada, localizada habitualmente à epiderme e derme, com algumas diferenças de acordo com o subtipo. Algumas características ecográficas têm vindo a ser identificadas e descritas no CBC (p.ex. pontos hipereecogénicos sem sombra posterior, que parecem representar ninhos compactos de células neoplásicas e que os distinguem de outros tumores cutâneos, como o carcinoma espinocelular). Esses pontos, conhecidos como tendo aparência em “flor de algodão”, parecem correlacionar-se com subtipos mais agressivos e infiltrativos de CBC, como o morfeiforme e o micronodular. Adicionalmente, um maior número de pontos hipereecogénicos parece estar associado a um maior risco de recorrência do tumor, servindo como um indicador prognóstico importante.

Apresentamos um caso de uma mulher de 63 anos que foi referenciada por lesão cutânea de crescimento progressivo na região frontal com 4 anos de evolução. À avaliação, apresentava uma placa eritematosa bem delimitada, com 12mm x 10mm, com focos de exulceração e crosta, e presença de ninhos ovoides à dermatoscopia. Ecograficamente, caracteriza-se por lesão hipoeecogénica bem delimitada, expandido a derme e limitada profundamente na derme profunda, com múltiplos pontos hipereecogénicos distribuídos. A suspeita clínica de CBC com componente infiltrativo foi confirmada por biópsia incisional da lesão. A doente foi então submetida a excisão cirúrgica alargada da lesão.

A ecografia poderá desempenhar um papel importante na decisão terapêutica dos CBC, identificando subtipos mais superficiais que poderiam responder bem a técnicas menos invasivas (p.ex. criocirurgia, imiquimod, terapêutica fotodinâmica), permitindo ainda uma avaliação mais detalhada da extensão da lesão e de sinais associados a lesões com alto risco de recorrência.

PARASITOSE

P64 - Larva migrans generalizada: De localizações atípicas ao desafio terapêutico

Inês Tribolet de Abreu^{1,2}, F. S. Monteiro^{1,2}, G. Almeida-Silva^{1,2}, M. Pupo-Correia^{1,2}, P. Filipe^{1,2,3}

¹Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde Santa Maria E.P.E.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

³Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes

Uma mulher de 57 anos, fototipo III *Fitzpatrick*, foi encaminhada ao Serviço de Urgência de Dermatologia por dermatose muito pruriginosa com 3 semanas de evolução que se iniciou na mão esquerda e progrediu para o dorso. Dos antecedentes pessoais destacava-se um lúpus eritematoso sistémico e síndrome de Sjogren, medicada com hidroxycloquina e azatioprina. A doente referiu viagem recente ao Brasil, onde esteve na praia, com duração de 8 dias, tendo os sintomas começado 24 horas após o regresso a Portugal. Negou sintomatologia respiratória.

Ao exame objetivo constatou-se cordões eritematosos dispersos no tronco, nádegas e membro superior esquerdo com algumas escoriações compatíveis com lesões de coceira. Sem outras lesões no restante tegumento, incluindo nos membros inferiores.

Colocou-se a hipótese diagnóstica de larva migrans disseminada em doente imunodeprimida. Realizou radiografia torácica (apesar da ausência de sintomatologia respiratória) que não identificou alterações. Foi medicada com albendazole (escolhido para 1ª linha por motivos económicos) com melhoria da sintomatologia em 48 horas. Contudo, verificou-se recrudescência dos sintomas 4 dias após término do



tratamento com cordão eritematoso na região das nádegas, pelo que a doente foi medicada com ivermectina 200mcg/kg durante 2 dias com resolução total da dermatose.

A larva migrans cutânea é causada por *Ancylostoma* spp. que tem a capacidade de penetrar a epiderme e migrar através da pele humana. É uma condição que ocorre maioritariamente em países em desenvolvimento, apesar de também ocorrer em países desenvolvidos e turistas que visitaram os trópicos. O diagnóstico é feito baseado na clínica e contexto epidemiológico compatível. O tratamento baseia-se em anti-helmínticos e pode ser desafiante, com taxas de cura que variam consoante o fármaco escolhido e a duração do tratamento.

Este caso serve para alertar para eventuais complicações da larva migrans em doentes imunodeprimidos assim como o seu potencial de penetrar a pele em localizações atípicas.

PIGMENTAÇÃO

P65 - Lentiginose eruptiva em locais de placas de psoríase em resolução com Metotrexato

Hugo J. Leme¹, J. A. Ramos¹, A. M. Silva¹, A. I. Gouveia¹, J. Alves^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

²Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

Introdução: A lentiginose eruptiva em locais de placas de psoríase em resolução é uma condição rara, reportada em poucos doentes. Foi descrita inicialmente com fototerapia PUVA, dermatocorticóides, calcipotriol e apremilast. Mais recentemente foram publicados casos com infliximab, adalimumab, etanercept, ustekinumab, secukinumab e ixekizumab. Apenas se conhecem dois casos reportados em associação com o metotrexato.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino com 59 anos e diagnóstico de psoríase desde os 18 anos, com posterior desenvolvimento de artrite psoriática, agora com 15 anos de evolução. Foi medicada inicialmente com tópicos e 12 sessões de PUVA e, posteriormente, com metotrexato com várias interrupções por intercorrências infecciosas durante vários anos, observada na consulta de Dermatologia com uma dermatose caracterizada por máculas acastanhadas agrupadas em áreas previamente afetadas por lesões psoriasiformes como os joelhos, cotovelos e antebraços, com três meses de evolução após ter retomado a terapêutica com metotrexato de forma mantida. Tendo em conta o exame objetivo e a história clínica, assumiu-se o diagnóstico de lentiginose eruptiva em locais de placas de psoríase em resolução.

Discussão e conclusão: Apesar dos lentigos surgirem, habitualmente, nos primeiros seis meses de tratamento, neste caso o surgimento deu-se após vários anos de tratamento com metotrexato. A fisiopatologia ainda não é bem conhecida. No caso do metotrexato pensa-se que a sua ação supressora nas células T e nas citocinas inflamatórias, como o TNF-alfa, pode interferir na resposta imune dirigida aos melanócitos, diminuindo a inibição da melanogénese, levando à hiperpigmentação. Não é necessária a suspensão do fármaco, mas o surgimento de lesões pigmentadas deve ser vigiado. Desta forma, o caso descrito ilustra uma dermatose que com o advento de novos tratamentos biológicos e alvos terapêuticos tenderá a ser mais observada na prática clínica.



REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

P66 - Colagenose perfurante adquirida induzida pelo cetuximab

Bárbara Vieira Granja^{1,2}, V. Teixeira³, D. Melo⁴, A. Vítor Silva⁵, N. Gomes³

¹Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal

²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³Departamento de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Portugal

⁴Departamento de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Portugal

⁵Departamento de Oncologia Médica, Unidade Local de Saúde Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Portugal

Introdução: O cetuximab é um inibidor do recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) usado no tratamento do cancro do cólon e reto metastático. As vias de sinalização da EGFR apresentam um papel importante na regulação da diferenciação celular, proliferação, migração, angiogénese e apoptose. Consequentemente, os doentes sob terapêuticas com inibidores do EGFR apresentam frequentemente efeitos adversos cutâneos, os mais comuns incluem a erupção acneiforme e paroníquia.

Caso Clínico: Homem de 69 anos, caucasiano, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo. Recentemente com diagnóstico de adenocarcinoma do reto metastático, inicialmente medicado com esquema de quimioterapia FOLFIRI (ácido folínico, 5-fluorouracilo e irinotecano) e posterior associação de cetuximab entre o 4º e 6º ciclo de tratamento. Recorreu à consulta de dermatologia por dermatose pruriginosa e simétrica das coxas com 2 meses de evolução, que surgiu três semanas após o início de cetuximab e com agravamento progressivo ao longo dos ciclos de tratamento. Ao exame objetivo apresentava pápulas eritematosas queratóticas com crostas centrais amareladas na face externa das coxas e joelhos. Negava febre ou dor. O estudo laboratorial realizado não demonstrou alterações de relevo. A pesquisa do vírus varicela-zoster, herpes-simplex 1 e 2 por PCR (polymerase chain reaction) do exsudado cutâneo foi negativa. O exame histológico revelou pústulas na epiderme, identificando-se na derme papilar detritos celulares e fibras de colagénio orientadas verticalmente, em arranjo tipo "saca rolha", sem outros achados valorizáveis. Um mês após a suspensão de cetuximab, a dermatose resolveu espontaneamente. Foi realizado o diagnóstico de colagenose perfurante adquirida induzida pelo cetuximab.

Discussão: A colagenose perfurante adquirida (CPA) é caracterizada pela eliminação do colagénio alterado pela epiderme e está associada a diabetes mellitus, doença renal crónica, neoplasias e fármacos biotecnológicos. O intervalo entre a administração do fármaco biotecnológico e o início da CPA varia entre 2 a 5 semanas, e resolve habitualmente entre 1 a 5 meses após a sua suspensão. A fisiopatologia subjacente ao desenvolvimento da CPA secundário aos inibidores da EGFR é desconhecida. De acordo com o nosso conhecimento, este é o segundo caso descrito de CPA induzida pelo cetuximab.

P67 - Dermatofibromas Eruptivos Múltiplos secundários a Adalimumab

Matilde Monteiro¹, J. Matos¹, C. Rua², J. L. Santos³, C. Queirós¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

²Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho



Introdução: Os dermatofibromas correspondem a neoplasias fibrohistiocitárias muito comuns na população, surgindo geralmente como tumores cutâneos solitários, mais frequentes nos membros inferiores. Os Dermatofibromas Eruptivos Múltiplos (DEM) consistem numa variante rara, caracterizada pelo desenvolvimento de pelo menos 5 a 8 dermatofibromas num período inferior a 4 meses. Embora a sua patogénese não esteja completamente esclarecida, sabe-se que se associam a estados de desregulação imune, como doenças autoimunes, infeção VIH, neoplasias hematológicas, gravidez e fármacos imunossupressores.

Caso Clínico: Homem de 49 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e espondiloartrite, diagnosticada aos 20 anos de idade. Medicado com perindopril, sinvastatina e adalimumab (40mg de 2/2 semanas). Referenciado à consulta de Dermatologia por desenvolvimento, no decurso de uma semana, de várias lesões cutâneas pruriginosas nas extremidades. Ao exame objetivo, apresentava múltiplas pápulas hiperpigmentadas, firmes à palpação e com dimensões variadas (5-10mm) nos antebraços e pernas. A compressão lateral da pele adjacente provocava a retração das lesões. A biópsia excisional de uma das lesões confirmou a suspeita de dermatofibroma. O estudo analítico não revelou alterações de novo, nomeadamente hemograma, serologia VIH, anticorpos antinucleares e função tiroideia. Assim, considerando a instituição recente de terapêutica com adalimumab e o aparecimento de vários dermatofibromas em poucos dias, estabeleceu-se o diagnóstico de Dermatofibromas Eruptivos Múltiplos secundários a anti-TNF α .

Discussão: O desenvolvimento de múltiplos dermatofibromas num curto intervalo de tempo constitui a maior pista diagnóstica de DEM. Está descrita a sua associação com vários fármacos imunossupressores, como ciclosporina, metotrexato e corticosteroides. Do que conseguimos apurar, este é o segundo caso reportado na literatura de associação entre DEM e anti-TNF α (Caldarola, 2012). Em doentes sem qualquer fator de risco identificável, é importante excluir uma doença subjacente. Tendo em conta a sua benignidade, não está recomendado tratamento cirúrgico.

P68 - Líquen plano inverso - efeito adverso inesperado num doente sob osimertinib

Maria Cristina Fialho¹, A. Ferreira¹, A. João¹, B. Duarte¹

¹Serviço de Dermato-venereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal

Introdução: O osimertinib é um inibidor do *EGFR* utilizado em doentes com neoplasias do pulmão. Ao inibir seletivamente o receptor mutado, poupa os *EGFR wild type* presentes, particularmente, na epiderme, folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas e aparelho ungueal. Efeitos adversos cutâneos foram identificados em ensaios clínicos (exantema inespecífico, xerose cutânea e prurido em > 10% dos doentes) e em contexto de farmacovigilância, reportes de casos e pequenas séries (eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica/síndrome de Steven-Johnson, vasculite cutânea e eritema discrómico *perstans*).

Caso clínico: Trata-se de um homem de 72 anos com um adenocarcinoma do pulmão *EGFR* mutado, medicado com osimertinib há 6 meses. Foi observado por dermatose pruriginosa com 1 mês de evolução, com franca acentuação flexural (axilar e inguinal) mas dispersa a nível dos flancos e pescoço, caracterizada por manchas e placas ovaladas, bem delimitadas, com descamação superficial, algumas eritematosas outras cinzento-arroxeadas de brilho liquenóide; sem envolvimento das mucosas. Foi realizada biópsia cutânea em duas áreas, cujos achados foram compatíveis com líquen plano (LP). Assumiu-se o diagnóstico de LP inverso secundário ao osimertinib. Foi medicado com betametasona 0,05% creme, com melhoria significativa da dermatose, não tendo sido necessária a suspensão do fármaco.

Discussão: Relatamos o caso de um doente com LP inverso potencialmente secundário ao osimertinib, subtipo de LP não reportado previamente com este fármaco. A dermatose apresentou baixa gravidade, não



implicando interrupção terapêutica. O LP pode surgir reativamente a fármacos após uma latência que se estende para além dos 12 meses. Na literatura, encontra-se reportado um caso de LP oral após 24 meses de terapêutica com osimertinib, gerido com terapêutica tópica. A sinalização de efeitos adversos permite um melhor conhecimento dos perfis de segurança, com identificação e atuação precoce sobre os mesmos, particularmente quando são aplicados esquemas em contexto adjuvante com potenciais complicações a longo prazo.

P69 - Síndrome de DRESS secundário a carbamazepina, confirmado por testes epicutâneos

Ivânia Soares¹, I. Pereira Amaral¹ M. Pupo Correia¹, F. S. Monteiro¹, I.T. Abreu¹, P. de Vasconcelos¹, M. Alpalhão, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;

²Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

A síndrome DRESS é uma toxidermia grave e potencialmente fatal, frequentemente associada à carbamazepina, um anticonvulsivante. As provas epicutâneas são usadas para confirmar a associação entre o fármaco e a dermatose, com uma sensibilidade de 30-60%, dependendo do agente.

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos com DRESS induzido por carbamazepina, confirmado por testes epicutâneos. O doente, com história de hipertensão tratada com lisinopril, iniciou carbamazepina (200 mg/dia) dois meses antes da apresentação devido a convulsões idiopáticas. Três semanas antes de recorrer ao SU, desenvolveu febre e uma dermatose pruriginosa generalizada.

À admissão, apresentava placas eritematosas e descamativas, algumas confluentes em mais de 50% do corpo, com edema facial e adenopatias cervicais. Os exames revelaram leucocitose com eosinofilia, citólise hepática e lesão renal aguda. As serologias e anticorpos ANA foram negativas, e a biópsia cutânea confirmou toxidermia. Pelo critério REgiSCAR, o caso foi classificado como DRESS definitivo.

O tratamento com prednisolona (0,5 mg/kg/dia) resultou numa resolução clínica e analítica em 4 semanas. Seis meses após o diagnóstico, os testes epicutâneos mostraram positividade para carbamazepina e captopril. O captopril foi usado durante o internamento, mas tendo em conta o uso prolongado de lisinopril sem reação prévia não se admitiu plausibilidade em reação cruzada com este IECA.

Os testes epicutâneos são úteis para confirmar o fármaco causador e possíveis cossensibilizações. A literatura demonstrou que a positividade dos testes para carbamazepina é elevada, geralmente superior a 70%. No caso descrito, a sensibilização ao captopril foi identificada, o seu reconhecimento poderá prevenir um novo DRESS induzido por um fármaco diferente do imputável ao episódio inicial.

P70 - Psoríase paradoxal induzida por infliximab: o papel da PUVAterapia oral na Pustulose palmo-plantar

Sofia Antunes-Duarte¹, N. Khmelinskii², J.P. Vasconcelos¹, L. Soares-de-Almeida^{1,3}, P. Filipe^{1,3}

¹Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

²Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

A psoríase paradoxal pode surgir de novo ou como exacerbação de lesões pré-existentes durante o tratamento de outras doenças com inibidores do fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α). A apresentação clínica mais comum é a pustulose palmoplantar (PPP), seguida pela psoríase em placas e psoríase gutata.



Apresentamos o caso de uma mulher de 41 anos, diagnosticada com poliarterite nodosa (PAN) sistêmica há 5 anos, que recorreu ao nosso Serviço por lesões palmo-plantares dolorosas com um mês de evolução. A doente estava medicada com infliximab (5 mg/kg a cada seis semanas) há mais de um ano, em associação com metotrexato subcutâneo (10 mg/semana), com controlo eficaz da PAN. Negava hábitos tabágicos e história familiar ou pessoal de psoríase.

Ao exame objetivo, observavam-se pústulas estéreis, máculas amarelo-acastanhadas e placas eritematodescamativas nas palmas e plantas. A biópsia cutânea revelou achados compatíveis com psoríase. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de pustulose palmo-plantar induzida pelo infliximab. Após ausência de resposta a corticosteróides tópicos e aumento da dose de metotrexato (15 mg/semana), foi iniciada terapêutica oral com psoraleno (P)UVA e suspendeu-se o infliximab. Observou-se melhoria clínica significativa, com resolução completa das lesões nas mãos após 2 meses, embora lesões residuais persistissem nos pés após 4 meses de tratamento. Para controlo da PAN, foi posteriormente iniciado tofacitinib.

A psoríase paradoxal ocorre em cerca de 5% dos doentes medicados com anti-TNF, sendo mais frequente em doentes sob infliximab para artrite reumatoide. Acredita-se que esteja associada ao desequilíbrio entre TNF- α e interferão tipo 1 (IFN- α), com níveis aumentados de IFN- α . A sua abordagem representa um desafio terapêutico, especialmente quando a suspensão do agente biológico afeta o tratamento da doença subjacente. Enquanto casos mais ligeiros podem ser tratados com terapêuticas tópicas, casos mais graves requerem frequentemente fototerapia, tratamentos sistêmicos e, eventualmente, suspensão do agente biológico.

P71 - Agravamento de psoríase vulgar secundária ao tratamento com Enzalutamida

Hugo Correia Lopes¹, P. Andrade²

¹ Unidade de Saúde Familiar Custóias da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

² Assistente graduado em Dermatovenereologia no Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A enzalutamida é um fármaco inibidor dos recetores androgénicos de nova geração que aumenta significativamente a sobrevivência dos doentes com neoplasias prostáticas avançadas. O risco de reações cutâneas adversas associadas à toma de fármacos desta classe é estimado em cerca de 23,8%. Descrevemos o caso de um doente com psoríase vulgar agravada após início do tratamento com enzalutamida, efeito secundário não reportado na literatura até ao momento.

Caso clínico: Homem de 58 anos, antecedentes de psoríase vulgar ligeira, com diagnóstico de adenocarcinoma acinar prostático com metastização ganglionar e óssea que desenvolveu erupção cutânea generalizada pruriginosa dez dias após início de tratamento com enzalutamida 160mg/dia. Ao exame objetivo apresentava lesões eritematodescamativas psoriasiformes generalizadas, dispersas pelo tronco e membros, com distribuição acral predominante e envolvimento particular dos cotovelos, joelhos, flexuras axilares e inguinais e face anterior dos punhos; associava pustulose palmoplantar com eritema difuso subjacente. Não apresentava febre, envolvimento das mucosas ou couro cabeludo. A biópsia cutânea apresentou achados compatíveis com dermatite psoriasiforme. Foi medicado com acitretina 10mg/dia e betametasona tópica, apresentando melhoria clínica significativa após 4 semanas de tratamento, pelo que se optou pela reintrodução da enzalutamida; aos 3 meses de seguimento mantinha bom controlo sob acitretina oral, com lesões recorrentes localizadas exclusivamente nos calcâneos e controladas com uso esporádico de dermocorticoide.



Discussão: Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao agravamento da psoríase em doentes sob tratamento com anti-androgénios não estão bem esclarecidos. Alguns autores sugerem que alterações no equilíbrio das hormonas sexuais podem precipitar o agravamento da psoríase, com base em estudos que demonstram a existência de baixos níveis de testosterona em doentes com psoríase em comparação com controlos normais. Este é o primeiro caso descrito de agravamento de psoríase vulgar associada ao tratamento com enzalutamida, sugerindo que este fármaco poderá requerer precauções especiais em doentes psoriáticos.

P72 - Pseudo-pseudoxantoma elástico associado à penicilamina – uma entidade a reconhecer

Ana Maria Lé¹, E. Freitas¹, M. Luz¹, M. Caetano^{1,2}, M. Horta¹

¹Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

A D-penicilamina é um quelante de cobre usado como primeira linha no tratamento da doença de Wilson, uma doença autossómica recessiva causada pela mutação do gene ATP7B, que codifica uma proteína envolvida na excreção de cobre. A acumulação de cobre pode condicionar alterações hepáticas e sintomatologia neuropsiquiátrica. A D-penicilamina associa-se a múltiplos efeitos adversos cutâneos, nomeadamente alterações degenerativas das fibras elásticas como o pseudo-pseudoxantoma elástico, elastose perfurante serpinginosa e cutis laxa. Apresentamos o caso de uma mulher de 52 anos de idade, diagnosticada com doença de Wilson desde os 13 anos de idade e medicada com D-penicilamina há mais de 20 anos. Recorre à consulta de Dermatologia por noção de aumento progressivo do pregueamento cutâneo, com maior incidência ao nível da face e pescoço nos últimos 5 anos. Ao exame objetivo observa-se um aumento significativo do pregueamento e laxidez cutâneos ao nível do rosto e pescoço. Na região cervical, identificam-se ainda pápulas eritematoamareladas milimétricas coalescentes conferindo aspeto de *cobblestone*. A primeira biópsia cutânea realizada ao nível malar revelou apenas alterações de elastose solar. Considerando o quadro clínico exuberante, a biópsia foi repetida ao nível cervical, objetivando-se numerosas fibras elásticas irregulares “lumpy-bumpy” degeneradas na derme reticular, favorecendo o diagnóstico de pseudo-pseudoxantoma elástico. O contexto clínico sugere um distúrbio das fibras elásticas com componente de pseudo-pseudoxantoma elástico associado à D-penicilamina, e o fármaco foi substituído. A D-penicilamina parece interferir na ligação cruzada da elastina através da redução do cobre sérico, diminuindo a atividade da lisil-oxidase, e do bloqueio químico dos resíduos de alisina e lisina, que formam as ligações de desmosina. Consequentemente, as novas moléculas de elastina não se ligam de forma estável e são rapidamente degradadas. Este caso salienta a importância da elevada suspeita clínica no diagnóstico desta entidade. A irreversibilidade das alterações cutâneas condiciona a importância do diagnóstico precoce.

TRICOLOGIA

P73 - Alopecia Areata: panorama da doença em Portugal

Ana Pedrosa¹, J. Sousa²; V. Marques³; A. Correia³

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde S. João, Porto, Portugal

²MOAI Consulting, Lisboa, Portugal

³Laboratórios Pfizer, Lda



INTRODUÇÃO: A alopecia areata (AA) é uma doença inflamatória imuno-mediada crónica para a qual os dados existentes em Portugal, nomeadamente a caracterização dos doentes, carga e gestão da doença, bem como abordagem terapêutica são escassos.

OBJETIVO: Caracterizar os doentes com AA, a atual abordagem terapêutica e identificar as principais necessidades médicas não satisfeitas em Portugal.

MÉTODOS: Estudo observacional, transversal, com recurso a um inquérito qualitativo a dermatologistas em Portugal com experiência no tratamento da AA. O inquérito foi realizado entre 7 de agosto e 15 de novembro de 2023, e incluiu 22 perguntas de resposta fechada, escolha múltipla, bem como de seleção múltipla e de medição em escala de *Likert*.

RESULTADOS: Um total de 13 dermatologistas responderam ao inquérito, a maioria exercendo principalmente no setor público (63%). O número mensal de doentes com AA em seguimento foi de 178, dos quais 57% eram mulheres. A AA em placas afeta 69% dos doentes e é o tipo mais comum de apresentação clínica. A AA grave é mais comum em adultos do que em doentes mais jovens. Relativamente ao tratamento, 85% dos dermatologistas consideram que o arsenal terapêutico disponível é insuficiente, não existindo um consenso para o tratamento da AA. As necessidades de tratamento não satisfeitas mais frequentemente referidas foram a existência de novas e mais opções terapêuticas com maior eficácia e segurança e que permitam o tratamento a longo prazo, assim como o incremento na qualidade de vida dos doentes.

CONCLUSÃO: Este estudo pretendeu caracterizar os doentes com AA em Portugal, bem como compreender a atual abordagem terapêutica e necessidades médicas não satisfeitas. Parece não existir uma prática clínica consensual, concordando a maioria dos dermatologistas que as alternativas terapêuticas disponíveis são insuficientes para tratar e gerir adequadamente um doente com AA.

Este estudo foi financiado pela Pfizer.

TUMOR BENIGNO

P74 - Quando MANIACo é sinónimo de benigno

Matilde Monteiro¹, C. Queirós¹, A. Coelho², R. Guedes¹

¹ Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

² Laboratório de Anatomia Patológica, UNILABS, Porto

Introdução: Os nevos melanocíticos acrais estão presentes em 4 a 9% da população geral. São considerados nevos de localizações especiais, já que apresentam características clínicas, dermatoscópicas e histológicas únicas, que noutras regiões anatómicas seriam interpretadas como sinais de malignidade. A ascensão ou melanocitose pagetóide corresponde à extensão ascendente de melanócitos até às camadas mais superficiais da epiderme e faz parte dos critérios histológicos de melanoma.

Caso Clínico: Mulher de 50 anos referenciada à consulta de Dermatologia por nevo na face medial do pé direito. A doente desconhecia alterações recentes do nevo. Ao exame objetivo, o nevo era assimétrico, com cor heterogénea, limites mal definidos e com 3 mm de diâmetro. À dermatoscopia, a rede de pigmento era pouco uniforme, seguindo um padrão em grelha. Perante estas características atípicas, o nevo foi excisado. O resultado anatomopatológico revelou uma proliferação melanocítica intraepidérmica, completamente excisada, constituída predominantemente por melanócitos isolados com atipia ligeira, distribuídos em limitada ascensão pagetóide, sem acantose ou reação dérmica acompanhante. O estudo imunohistoquímico com anticorpos para SOX10 realçou a distribuição dos melanócitos e o PRAME relevou um score 1+ (padrão focal). Assim, estes achados foram compatíveis com nevo melanocítico acral com ascensão intraepidérmica



de células – uma entidade denominada MANIAC (*melanocytic acral nevus with intraepidermal ascent of cells*).

Discussão: O termo MANIAC foi criado por Philip LeBoit de forma a enfatizar a banalidade da ascensão pagetóide em nevos melanocíticos acrais. Numa revisão de 1995, esta alteração estava presente em 61% dos nevos acrais analisados. Outros achados, como o grau de atipia celular, o padrão de distribuição da ascensão pagetóide, a presença de infiltrado linfocítico e marcadores imunohistoquímicos permitem a diferenciação entre um MANIAC e um melanoma. Esta distinção é crucial para evitar falsos diagnósticos e reintervenções cirúrgicas nestas localizações, associadas a uma elevada morbilidade para os doentes.

P75 - Pápulas eritematosas agrupadas na perna de uma mulher de 75 anos – qual o seu diagnóstico?

Mélissa M. de Carvalho¹, C. Amaro¹, R. Sampaio²

¹Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

²Serviço de Anatomia Patológica. Hospital de Egas Moniz. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

Uma mulher de 75 anos foi observada em consulta de Dermatologia por pápulas eritematosas na perna direita com cerca de 1 ano de evolução. Referia aparecimento inicial de uma pápula, seguido do aparecimento aditivo de outras três lesões semelhantes nos meses seguintes, assintomáticas, de crescimento lento. O exame físico revelou quatro pápulas rosadas agrupadas na face interna da perna direita, a maior com cerca de 6mm. A dermatoscopia evidenciou áreas rosadas e esbranquiçadas e vasos puntiformes. Foi realizada biópsia de uma das pápulas. O exame histopatológico revelou células gigantes multinucleadas com aspeto angulado, compatível com o diagnóstico de angiohistiocitoma de células multinucleadas (AHCM). Dada a benignidade desta condição, a doente não pretendeu tratamento das restantes lesões.

O AHCM é uma proliferação vascular e fibrohistiocitária benigna rara, com menos de 150 casos reportados. Predomina em mulheres adultas de meia-idade e idosos. Pensa-se que resultará de um processo reativo e que os estrogénios poderão estar envolvidos na fisiopatologia. Clinicamente, manifesta-se por pápulas ou nódulos vermelhos-acastanhados ou violáceos, geralmente assintomáticos, no dorso das mãos, pernas e face. A dermatoscopia revela áreas eritematosas desfocadas e esbranquiçadas centrais, com padrão reticulado fino à periferia. Os principais diagnósticos diferenciais a considerar são: dermatofibroma, angiossarcoma, sarcoma de Kaposi, pseudokaposi, granuloma anular (variante papular), líquen plano, hemangioma lobular, fibroblastoma de células gigantes e sarcoidose (variante papular). A histologia revela hiperplasia vascular com proliferação de pequenos vasos dilatados na derme, células gigantes multinucleadas com aspeto angulado e um infiltrado linfocitário. As células multinucleadas são o achado mais específico e coram com vimentina e fator XIIIa. O prognóstico é bom, sendo uma condição benigna e não progressiva. Existem raros casos relatados de remissão espontânea. O tratamento é opcional, por razões estéticas, e inclui corticoterapia intralesional, excisão cirúrgica, crioterapia e laserterapia.

P76 - Síndrome de Favre-Racouchot a mimetizar carcinoma espinocelular do couro cabeludo

Inês Pereira Amaral^{1,2}, D. Mancha^{1,2}, I. Soares^{1,2}, M. Pupo Correia^{1,2}, F. Monteiro^{1,2}, I. Abreu^{1,2}, P. de Vasconcelos¹, L. Soares de Almeida^{1,2}, P. Filipe^{1,2}

¹Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

²Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa



A síndrome de *Favre-Racouchot* caracteriza-se pela presença de comedões, elastose nodular e quistos, associados ao fotoenvelhecimento e ao tabagismo. Esta síndrome é mais comum em homens caucasianos de idade avançada, afetando predominantemente as regiões temporais, periorbitárias e o pescoço, de forma bilateral e simétrica.

Reportamos o caso de um doente de 73 anos, do sexo masculino, fototipo III de *Fitzpatrick*, pedreiro reformado, que foi encaminhado à consulta de Dermatologia por uma lesão no couro cabeludo, com seis meses de evolução, assintomática. A lesão consistia numa placa eritematosa com uma superfície esbranquiçada e áreas de hiperqueratose, medindo aproximadamente 3 cms, com bordos mal definidos e vasos polimorfos à dermatoscopia, localizada na região parieto-occipital. O doente apresentava ainda queratoses actínicas de grau II de *Olsen*, *cutis rhomboidalis nuchae*, e já tinha sido submetido a exérese de um queratoacantoma na face.

Dada a suspeita de carcinoma espinocelular do couro cabeludo, foi proposta excisão cirúrgica, que o doente aceitou. A histopatologia da lesão revelou a presença de numerosos comedões abertos e fechados na derme, associados a elastose solar acentuada, sem imagens de neoplasia, confirmando o diagnóstico de síndrome de *Favre-Racouchot*.

Este caso destaca a importância de considerar a síndrome de *Favre-Racouchot* no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas em áreas fotoexpostas, especialmente em doentes idosos com história de exposição solar crónica. O envolvimento do couro cabeludo é raro, e a sua apresentação como lesão única é ainda mais incomum. Embora o diagnóstico inicial sugerisse um carcinoma espinocelular, o exame histopatológico foi essencial para a confirmação do diagnóstico correto.

P77 - Nódulo róseo no dorso da mão: apresentação de uma neoplasia cutânea invulgar

Francisco Martins¹, F. Mano¹, D, Caetano¹, J. Calvão¹

¹ Serviço de Dermatologia – Unidade Local de Saúde de Coimbra

Um doente de 59 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu à consulta de Dermatologia por lesão assintomática do dorso da mão esquerda, com 6 meses de evolução. Negava sintomas sistémicos e episódios prévios semelhantes.

Ao exame físico, destacava-se lesão nodular eritematosa de 8mm de maior diâmetro, de consistência duro-elástica, sem sinal de *Fitzpatrick*. A dermatoscopia mostrava uma área rósea central de limites mal definidos, máculas esbranquiçadas irregularmente distribuídas e pseudorrede na periferia. Não havia alterações de relevo no restante tegumento.

Foi realizada biópsia excisional da lesão, que revelou, num fundo de estroma esclerótico, uma proliferação de vasos capilares de parede ligeiramente espessada, circundada por infiltrado linfohistiocitário e por ocasionais células gigantes multinucleadas de aspeto poliédrico ou dendrítico – achados compatíveis com angiohistiocitoma de células multinucleadas (ACM).

O ACM é uma proliferação vascular rara, sendo que o comportamento benigno e a possibilidade de regressão espontânea traduzem provavelmente uma etiologia reativa e não um processo neoplásico. A lesão típica é uma pápula ou nódulo róseo localizado na face ou nas extremidades, embora a apresentação com lesões múltiplas e bilaterais também esteja descrita. À dermatoscopia, as lesões apresentam uma área rósea central (que corresponde à proliferação vascular), máculas esbranquiçadas (correspondentes às alterações escleróticas) e pseudorrede na periferia (traduzindo deposição de pigmento melânico). Estas características, associadas à clínica, podem ajudar na diferenciação face aos principais diagnósticos diferenciais – o dermatofibroma e o sarcoma de Kaposi (principalmente no contexto de imunossupressão) – apesar da distinção definitiva ser iminentemente histológica.



O tratamento é opcional pela natureza benigna da lesão e pela possibilidade de regressão espontânea, mas estão descritos casos de sucesso com cirurgia e terapêuticas destrutivas locais.

P78 - Neoplasia mesenquimatosa de células claras distintiva intradérmica

Keyla Sousa¹, J. Soares¹, A. Aparício Martins¹, J. C. Cardoso¹, J. P. Reis¹

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

A neoplasia mesenquimatosa de células claras distintiva intradérmica é um tumor raro de linhagem incerta com localização mais frequente nos membros inferiores. Os tumores têm um curso clínico benigno, mas histologicamente podem simular neoplasias malignas, nomeadamente metástases cutâneas.

Apresentamos o caso de uma mulher de 36 anos, observada em consulta por lesão solitária localizada na face externa do braço esquerdo com 2 anos de evolução. Observava-se um nódulo bosselado e com esboço de pedículo, róseo, telangiectásico, liso, com área escamo-crostosa central, com maior diâmetro de 12mm, assente sobre cicatriz de BCG. A biopsia excisional revelou lesão nodular intradérmica, ulcerada em superfície e parcialmente circundada por colarete epidérmico, formada predominantemente por células claras, de citoplasma abundante com aspecto vacuolizado, coexistindo com estroma esclerótico. O estudo imunohistoquímico mostrou positividade difusa para o CD68, com apenas raros elementos dispersos positivos para o LCA. Os restantes marcadores testados foram negativos (SOX 10, S100, Melan A, HMB-45, Actina do músculo liso, AE1/AE 3, p63, EMA e CD34).

Estes achados enquadram-se na entidade descrita como neoplasia mesenquimatosa de células claras distintiva intradérmica ("Distinctive dermal clear cell mesenchymal neoplasm"), que se caracteriza histologicamente por tumores geralmente bem circunscritos com origem na derme, formados por células tumorais claras, grandes (aproximadamente 6 a 8 vezes o tamanho de um linfócito e cerca de metade do tamanho de um adipócito), com formato oval ou poligonal e citoplasma claro abundante, positivas para CD68. Trata-se de um tumor raro, quase exclusivamente reportado na literatura nos membros inferiores. Este caso destaca-se dos restantes pela localização atípica, nos membros superiores e sobre cicatriz antiga de BCG.

P79 - Siringomas eruptivos: um diagnóstico desafiante

Gustavo Almeida-Silva, F. Monteiro, I. Abreu, J. Antunes, P. Vasconcelos, L. Soares-de-Almeida, P. Filipe
Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

Os tumores dos anexos cutâneos representam um grupo heterogéneo de neoplasias benignas e malignas. De acordo com a sua diferenciação são classificados em: apócrinos, écrinos, foliculares ou sebáceos. Os siringomas são tumores écrinos benignos, que geralmente se apresentam como pequenas pápulas duras, várias, com predileção pela região palpebral e uma maior prevalência no sexo feminino. De acordo com a classificação de Friedman e Butler existem 4 formas: localizada, generalizada, familiar e associada a Síndrome de Down. Embora o diagnóstico possa ser desafiante, são situações clínicas benignas, que não requerem tratamento dirigido.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 15 anos, natural da Guiné-Bissau, fototipo VI, sem antecedentes médicos de relevo que foi referenciada à nossa consulta por uma erupção liquenóide com afeções dos antebraços e pernas bilateralmente com cerca de 1 ano de evolução, sem sintomas associados. Ao exame objetivo observavam-se incontável pápulas eritemato-violáceas, com cerca de 3 a 7mm de diâmetro, de conformação grosseiramente circular, com afeção da região distal dos antebraços e pernas,



bilateralmente. Foi realizada avaliação analítica, incluindo serologias infecciosas, sem quaisquer alterações. Assim, realizou-se biópsia cutânea cujos achados histológicos foram sugestivos deiringomas eruptivos. Osiringomas eruptivos fazem parte da variante generalizada e caracterizam-se por surgirem de forma abrupta em grande número em mais do que uma localização anatômica, sendo mais frequentes no abdômen, tórax e axilas. Trazemos este caso, não só pela dificuldade diagnóstica, em especial em fototipos altos, mas também para lembrar a benignidade da patologia em apreço, que deverá ser lembrada perante uma dermatose sugestiva.

P80 - Tumor glômico em localização atípica

Gustavo Almeida-Silva, C. Brazão, F. Monteiro, I. Abreu, M. Duarte Reis, J. Antunes, P. Vasconcelos, L. Soares-de-Almeida, P. Filipe

Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

Resumo: Os tumores glômicos são neoplasias benignas do corpo glômico. O corpo glômico consiste num shunt arteriovenoso envolvido por músculo liso ao nível da derme reticular, responsável pela resposta à variação de temperatura. Estes tumores são raros e caracterizam-se pelo surgimento de nódulos subcutâneos dolorosos, com intolerância ao frio associada. Estima-se que 50% destes tumores surjam em localização subungueal. O diagnóstico definitivo só é possível com recurso à histologia.

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, de 75 anos, com história prévia de melanoma maligno pT4a excisado no dorso 2 anos antes, que recorreu ao nosso serviço de urgência por surgimento de uma pápula eritemato-violácea com halo pálido e anel eritematoso periférico na face anterior do joelho, com dor associada. A lesão foi excisada e o diagnóstico histológico foi compatível com tumor glômico.

O tumor glômico é uma entidade de difícil diagnóstico, não só pela sua raridade (constitui menos de 1% de todos os tumores de tecidos moles), mas também pela ausência de sintomatologia específica. Embora a grande maioria se encontre em território subungueal nas mãos e pés, há vários relatos de tumores glômicos extra-digitais: no mediastino, traqueia, vagina, mas também noutras localizações do tegumento. Este caso retrata um caso raro de tumor glômico cutâneo ao nível da face anterior do joelho, alertando para a importância de ter este diagnóstico em mente e recordando as localizações e características típicas.