

to, já que os pais recusaram a cirurgia, levando-se em consideração o tamanho e a localização da lesão.
MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade do caso e ter como diagnóstico diferencial o melanoma maligno.

PO110 Penfigóide bolhoso na infância

AUTORES: Vasconcelos CC, Abad ED, Maceira JP, Saintive S.

INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia da UFRJ - Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO: Penfigóide bolhoso na infância Introdução: o penfigóide bolhoso é uma bulose subepidérmica que, preferencialmente, acomete indivíduos acima de 60 anos de idade. Sua ocorrência na população pediátrica é rara, embora já tenham sido relatados mais de 60 casos até o presente momento. Caracteriza-se por erupção polimórfica generalizada ou localizada, composta por placas urticariformes, vesículas, bolhas tensas de conteúdo citrino/hemorrágico assentadas sobre pele sã ou eritematosa. É frequente o acometimento oral bem como a queixa de prurido. Alguns autores propõem que, na infância, haja tendência à localização das lesões nas regiões palmoplantares ou genitais, sendo a generalização a exceção. Os antígenos BPAG1 E BPAG2 (colágeno XVII) estão situados, respectivamente, na porção intracelular e extracelular da placa hemidesmossômica. O diagnóstico, como em qualquer bulose, resulta da composição entre quadro clínico, histopatologia e estudos de imunofluorescência.

RELATO DO CASO: Paciente masculino, melanodérmico, de 8 anos de idade apresentava erupção generalizada, de uma semana de evolução, composta por vesículas, bolhas grandes e tensas, placas urticariformes e erosões. A doença teve início na cavidade oral e pescoço, com posterior disseminação. Havia acometimento de mais de 60% da superfície corporal. Exames Complementares: A biópsia da pele revelou bolha subepidérmica com necrose focal da epiderme e intenso infiltrado inflamatório de eosinófilos, neutrófilos e linfócitos na junção dermo-epidérmica. A IFD evidenciou depósitos lineares/fibrilares de IgG, IgA e C3 na junção dermo-epidérmica. Terapêutica e resultados: inicialmente, administramos dapsona 50 mg/dia. Após 2 semanas, bolhas novas continuaram a se instalar na pele do paciente. Administramos, então, prednisona 20 mg/dia. Controle total da doença foi observado com 2 semanas de corticoterapia. Iniciamos desmame lento (2,5 mg/mês) após 1 mês de consolidação da remissão. No momento, o paciente recebe 7,5 mg/dia de prednisona em desmame e 50 mg/dia de dapsona. Durante o desmame não foi observado nenhum sinal de recidiva.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O penfigóide bolhoso é bulose de ocorrência rara na infância. Quando ocorre na criança é geralmente localizado na região palmoplantar ou vulvar. A forma generalizada, semelhante à do adulto, é extremamente incomum. O presente caso realça a importância de se considerar esse diagnóstico na população pediátrica e ressalta a soberania do exame dermatológico ante os exames laboratoriais.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade do caso e semelhança com a doença do adulto.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO111 Inoculação acidental do *Mycobacterium tuberculosis* em tatuagem

AUTORES: Maciel MFR, Kovacs FT, Brito MF, Santos JB, Bandeira V.

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas - UFPE

HDA: Paciente queixava-se do aparecimento de pápulas e nódulos nas áreas onde foi aplicado pigmento vermelho da tatuagem realizada no seu braço há 8 meses. Referia períodos de exsudação de secreção seropurulenta, que não remitia com o uso de cefalexina oral. O tatuador não possuía qualificação profissional, não usava bicos e agulhas descartáveis e não tinha o devido cuidado com o manuseio das tintas. Realizada biópsia da lesão e o achado anátomo-patológico evidenciou infiltrado granulomatoso com necrose caseosa, típicos de tuberculose. O PPD foi de 9 mm de diâmetro. O PCR para *Mycobacterium tuberculosis* foi inconclusivo. O paciente recentemente iniciou o tratamento para tuberculose com esquema I (rifampicina 600 mg/dia, Isoniazida 300 mg/d e pirazinamida 200 mg/d por 2 meses e rifampicina associada a isoniazida por mais 4 meses).

DISCUSSÃO: Desde 1951, foram relatados mais de 16 casos de tuberculose cutânea por inoculação, inclusive por meio de tatuagem. Na maioria dos pacientes a hipótese clínica foi confirmada pelo exame histopatológico, e são poucos os casos em pacientes imunocompetentes em que se encontram positivas a colora-

ção da lâmina pelo Ziehl-Neelsen ou a cultura. O PCR não tem boa sensibilidade para a detecção do *Mycobacterium tuberculosis* em amostras de pele fixadas na parafina, conforme evidenciado em estudo na Turquia, onde, de 22 pacientes com tuberculose cutânea confirmada, apenas 1 teve PCR positivo. Portanto, o PCR inconclusivo do caso por nós relatado não afasta a tuberculose. Outras hipóteses clínicas aventadas, como a micobacteriose atípica e o granuloma por corpo estranho, foram afastadas pelo exame anátomo-patológico, já que em tais situações não se observa necrose caseosa. O tratamento recomendado é o mesmo esquema para tuberculose pulmonar, habitualmente com boa resposta clínica.

PO112 Herpes Zoster de cor amarelada em paciente icterico com doença enxerto versus hospedeiro (GVHD)

AUTORES: Ribeiro AE, Freitas THP, Muller H, Koller DA, Perazzio EF.

INSTITUIÇÃO: Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: A reativação do vírus varicella zoster é comum em pacientes pós transplante de medula óssea alogênico, chegando a uma incidência de até 80% dos pacientes no período de 30 meses após o transplante.

RELATO DE CASO: A.M.S., 18 anos, pardo, estava no 142º dia pós-transplante de medula óssea alogênico, apresentava quadro generalizado de GVHD liquenóide e também com icterícia intensa quando começou apresentar vesículas com distribuição zosteriforme em região cervical esquerda acompanhada de dor no local. Essas lesões apresentavam conteúdo amarelo canário e quando se rompiam deixavam a base com a mesma cor, parecendo que havia sido passado algum medicamento colorido no local. A citologia do conteúdo da vesícula mostrou células gigantes com inclusão viral. O paciente foi tratado com aciclovir endovenoso, com melhora das lesões.

DISCUSSÃO: O paciente apresentava quadro grave de GVHD cutâneo e hepático, que pode acontecer em torno de 45% dos pacientes com transplante alogênico, e como complicação teve herpes-zóster. As lesões ficaram de coloração amarelada porque as bilirrubinas totais deste paciente estavam em torno de 30 mg/dl.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Demonstração de um quadro de herpes-zóster com aspecto inusitado em um paciente com GVHD cutâneo e hepático grave.

PO113 Erupção vesico-bolhosa viral grave no adulto: varicela diferencial com erupção variceliforme de Kaposi

AUTORES: Lastória JC, Marques SA, Molina L, Carrenho AB, Marques MEA.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: A varicela em adultos imunocompetentes é muito rara e apresenta alta taxa de mortalidade associada a complicações graves. Relatamos provável caso de varicela em adulto previamente hígido e imunocompetente complicado com pneumonite e hepatite aguda. A administração precoce de agente antiviral e extensivo manejo clínico foram necessários para o controle do quadro e prevenção de possíveis complicações fatais.

RELATO DO CASO: Masculino, 57 anos, trabalhador rural, com história de cinco dias aparecimento de vesículas e bolhas, inicialmente no abdômen e tronco. No dia seguinte houve disseminação das lesões para os membros e face. Associado ao quadro, paciente apresentou febre não medida, sudorese e calafrios. Procurou atendimento médico em sua cidade de origem, tendo sido medicado com ceftriaxone e dexametasona injetáveis. Sem melhora, com aumento explosivo das vesículas e queda do estado geral foi então encaminhado ao nosso serviço para investigação diagnóstica e intervenção terapêutica. Ao exame de entrada paciente apresentava-se em regular estado geral, febril, com centenas de vesículas e bolhas íntegras, de conteúdo seroso, algumas com umbilicação central, espalhadas por todo o tegumento, poupando palmas, plantas e mucosa oral. Nos membros inferiores evidenciavam-se petéquias e na face crostas melicéricas e edema. Iniciado cuidados gerais, antibioticoterapia sistêmica com Cefuroxima 750 mg EV de 8/8h e solicitado histopatológico e citologia de Tzanck. A citologia mostrou inclusões virais, sendo então iniciado Aciclovir 10 mg/kg de 8/8h endovenoso. A histopatologia confirmou a virose, quadro compatível com infecção por herpes vírus. Os exames de entrada alterados evidenciaram hepatite aguda com alterações das transaminases hepáticas e pneumonite específica ao raio X de tórax, além de hematúria, porém sem alterações na função renal, hemograma e coagulograma. Paciente evoluiu bem com melhora importante das lesões e

do quadro infeccioso, completou 12 dias de aciclovir e do antibiótico. Aguardamos o resultado do isolamento do vírus.

DISCUSSÃO: Trata-se de quadro provável de varicela no adulto diferencial com erupção variceliforme de Kaposi, com apresentação clínica exuberante. O componente hemorrágico presente é indicativo de gravidade e comprometimento sistêmico. Tais manifestações são mais relatadas em pacientes imunocomprometidos ou em desnutridos, condições ausentes no presente caso. O motivo da apresentação decorre da raridade e expressividade do caso.

PO114 Dermatite infectiva

AUTORES: Palma FB, Fontenelle E, Almeida APM, Silva GF, Oliveira MMT.

INSTITUIÇÃO: Hospital Municipal Jesus - Rio de Janeiro, RJ

INTRODUÇÃO: A dermatite infectiva é uma doença associada ao HTLV-1, constituindo 10% dos casos de eczema infantil em países como a Jamaica. Manifesta-se como um eczema infectado e recorrente, iniciando-se após os 18 meses de idade com lesões eritemato-descamativas, muitas vezes crostosas, com prurido leve a moderado, localizadas principalmente em couro cabeludo, regiões retroauriculares, pavilhões auriculares e conduto auditivo externo, sulco nasogeniano, região cervical, axilas, umbigo e regiões inguinais. Como diagnósticos diferenciais estão, principalmente, a dermatite atópica e a dermatite seborreica. M.C.R., 6 anos, sexo feminino, brasileira, natural e residente no Rio de Janeiro. Encaminhada ao ambulatório de dermatologia desse hospital apresentando quadro de eritema e descamação difusos com predomínio em dobras e couro cabeludo, associado a rinorréia, otorréia e hepatomegalia de 2 cm do RCD. Hemograma evidenciou anemia importante. Havia aumento de VHS; sorologia para sífilis e HIV negativas e para HTLV I/II reativa. Realizado histopatológico da pele mostrando uma dermatite de interface dermoepidérmica perivascular e intersticial, predominantemente superficial, constituída de linfócitos e esparsos melanóforos. Em foco, o infiltrado inflamatório é liquenóide; epiderme com acantose. Foi tratada com antibiótico oral e corticosteroide tópico, com melhora e recidiva do quadro após suspensão dos medicamentos. Encaminhada ao ambulatório de Hematologia para realização de esfregaço de sangue periférico. A dermatite infectiva relacionada ao HTLV-1 (DIH) apresenta critérios para seu diagnóstico que difere dos achados típicos da dermatite atópica e seborreica. Na dermatite atópica infantil as lesões assemelham-se parcialmente às da DIH, embora nesta sejam mais infectadas e exuberantes. Por outro lado, na DIH, encontram-se crostas nos vestibulos nasais, fissuras, rash de pequenas pápulas generalizado e blefaroconjuntivite, além do prurido ser menos intenso do que o observado no eczema atópico. Em relação à dermatite seborreica é importante a distinção na puberdade, pois nesta as lesões são eritemato-descamativas, ao contrário da DIH em que sempre há lesões exsudativas e formação de crostas. Outra diferença é a não infecção pela *Malassezia furfur* na DIH. Sendo a dermatite infectiva relacionada ao HTLV-1 uma doença incomum em que a atuação do vírus promove uma imunodepressão facilitando infecções e infestações de curso mais agressivo, podendo levar a doenças linfoproliferativas, é necessária a busca pelo seu diagnóstico clínico e sorológico para que essa doença não seja subdiagnosticada.

PO115 Sífilis folicular

AUTORES: Blanco MC, Mata O, Lessa BMF, Dias MFRG, Nery JAC.

INSTITUIÇÃO: Instituto de Dermatologia Prof. Ruben David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO: Sífilis é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *T. pallidum*, de transmissão principalmente pelo contato sexual. É patologia sistêmica e quando não tratada pode evoluir cronicamente. Atualmente, apresenta-se incidência elevada devido a mudanças no comportamento humano e desde o ponto de vista epidemiológico são cada vez mais frequentes as formas clínicas latentes ou do curso clínico modificado devido ao abuso de antibióticos em doses insuficientes..

RELATO DO CASO: Paciente feminina, 40 anos, natural de Campos e residente do Rio de Janeiro, procurou por atendimento médico com queixa de "caroços na face e corpo". Refere que o quadro se iniciou há 2 meses, caracterizado por pápulas não pruriginosas no pescoço e no púbis, as quais se disseminaram para face e tronco 1 mês após o uso de Ciprofloxacina para tratamento de infecção urinária. História patológica progressa: nada digno de nota.

História social: paciente heterossexual, tem parceiro único e fixo, nega uso de drogas ilícitas e de doenças sexualmente transmissíveis prévias. **Exame dermatológico:** presença de pápulas eritematovioláceas foliculares, discretamente descamativas na face, principalmente em região perioral também presentes no tronco e dorso, onde além dessas lesões apresentava pústulas foliculares. **Exame físico:** presença de linfadenopatias cervicais e epitroclear. Uma semana após a primeira consulta a paciente retornou, já trazendo os exames complementares, com máculas eritematovioláceas na região palmar. As hipóteses diagnósticas iniciais foram: sífilis secundária, erupção liquenóide, líquen plano e pitíriase liquenóide. **Resultados:** VDRL= 1/32, TPHA= positivo, Anti HIV I e II= negativo. **Exame histopatológico:** presença de hiperqueratose, acantose irregular, glândula sebácea e infundíbulo folicular preservado e na adjacência infiltrado neutrofílico intrafolicular sem infiltrado plasmocitário. **Conduta:** diante do quadro clínico e dos resultados concluiu-se tratar-se de um caso de sífilis secundária folicular e a paciente foi tratada com Penicilina Benzatina 4.800.000 UI, por via IM, sendo 2.400.000UI em cada semana. Após a primeira dose a paciente referiu piora do quadro dermatológico associado a febre, cefaléia, mialgia e artralgia seguido de resolução espontânea, caracterizando Reação de Jarisch-Herxheimer. Após concluir o tratamento a paciente apresentou cura clínica com regressão das lesões cutâneas.

DISCUSSÃO: A sífilis secundária folicular, pustular e liquenóide podem se apresentar como pápulas liquenóides ou pústulas foliculares e são manifestações muito raras do secundarismo, presentes em menos de 2% dos casos de sífilis secundária, sendo comum sua associação com linfadenopatias e manifestações sistêmicas, as quais podem incluir inclusive alterações do sistema nervoso central, porém estas são raras.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade do caso e enfatizar a importância de considerar a sífilis no diagnóstico diferencial das erupções foliculares e liquenóides.

PO116 Lúpus vulgar disseminado: um difícil diagnóstico diferencial com sarcoidose

AUTORES: Oliveira LML, Freitas THP, Muller H, Stirbulov R, Crocco EI.

INSTITUIÇÃO: Clínicas de Dermatologia e de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: O lúpus vulgar representa uma forma de tuberculose cutânea que classicamente se origina de um foco endógeno em pessoas que apresentam uma imunidade moderada ou forte contra o bacilo. A forma clínica mais freqüente é caracterizada por uma placa única, habitualmente na face, que muitas vezes está associada com acometimento visceral.

RELATO DO CASO: L.M.P, 66 anos, branca, natural de MG e procedente de SP, referindo há 8 meses lesões cutâneas disseminadas. Associado ao quadro apresentava emagrecimento, dispnéia e tosse seca. Ao exame físico geral apresentava aumento de linfonodos em cadeia cervical e a ausculta pulmonar revelava murmúrio vesicular diminuído na metade superior de hemitórax direito. O exame dermatológico evidenciava dermatose em couro cabeludo, regiões retroauriculares, tronco, membros superiores e inferiores, caracterizada por pápulas eritematosas, infiltradas de aspecto sarcoídico e algumas com crostas melicéricas que confluíam formando placas. Áreas de alopecia cicatricial em couro cabeludo. O exame anatomopatológico de pele evidenciou processo inflamatório granulomatoso inespecífico com pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR) negativa. A pesquisa de fungos no material da biópsia e a cultura em meio Ágar-Sabouraud foram negativas. Realizada intradermoreação tuberculínica, que foi de 8 mm. As demais reações intradérmicas esporotriquina e Montenegro foram negativas. Sorologias para sífilis: não reagente. A radiografia de tórax evidenciou opacidades intersticiais e múltiplos nódulos em ambos os campos pulmonares e a tomografia mostrou nódulos bilaterais isolados peribrônquicos. A pesquisa de BAAR no escarro foram negativas (3 amostras). A punção aspirativa de linfonodo também mostrou processo inflamatório granulomatoso inespecífico. Foi submetida a broncoscopia com biópsia pulmonar que revelou novamente granulomas inespecíficos não auxiliando no diagnóstico. Finalmente o lavado bronco alveolar evidenciou BAAR resistentes. A cultura para micobactérias do lavado brônquico está em andamento. Introduzido esquema I para tuberculose em março de 2005 com notável melhora clínica em 2 semanas.

DISCUSSÃO: O lúpus vulgar raramente se manifesta com múltiplas lesões, e nestes casos pode ocorrer grande dificuldade no diagnóstico diferencial com sarcoidose principalmente quando a histopatologia apresenta-se com granulomas inespecíficos.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Demonstração, raridade do caso, dificuldade diagnóstica.

PO117 Siringoma Eruptivo Líquen Plano-símile X Síndrome de Down: uma raridade

AUTORES: Oliveira LML, Freitas THP, Müller H, Koller DA, Ribeiro AE.

INSTITUIÇÃO: Clínica de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: O siringoma é uma neoplasia benigna com diferenciação écrina. Normalmente se localiza na região periorbitária. O siringoma eruptivo representa uma entidade clínica distinta, ocasionalmente familiar, que ocorre principalmente em adolescentes do sexo feminino como pápulas confluentes, disseminadas, numerosas. Essas lesões tendem a envolver a metade superior do corpo, particularmente pescoço, tronco, axilas, superfície interna dos braços e área umbilical. Relataremos um caso de siringoma eruptivo com lesões disseminadas até membros inferiores em paciente com síndrome de Down.

RELATO DO CASO: E.O.S., 16 anos, pardo, natural e procedente de São Paulo. Há 5 inco anos apresenta lesões assintomáticas em tronco, membros superiores e inferiores. Paciente apresentava síndrome de Down, cardiopatia congênita e púrpura trombocitopênica idiopática. Ao exame dermatológico apresentava pápulas poligonais, brilhantes, eritemato-violáceas, semelhantes a líquen plano localizadas em pescoço, tronco, membros superiores e membros inferiores. O exame anatomopatológico de lesão do membro superior direito evidenciou na derme agrupamento de células epiteliais maduras que formam ninhos com prolongamento em "vírgula" ou formam pequenos cistos com conteúdo amorfo em seu interior, circundada por estroma fibroso compatível com siringoma.

DISCUSSÃO: O siringoma periorbitário é freqüentemente encontrado nos pacientes com síndrome de Down (18,5% a 55%). Entretanto, o siringoma eruptivo apenas raramente se associa a essa síndrome, sendo relatados somente cinco casos na literatura.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade da associação siringoma eruptivo e síndrome de Down com manifestação clínica incomum: pápulas eritemato-violáceas, líquen plano símile com disseminação até membros inferiores.

PO118 Lúpus vulgar sobre BCG: relato de 2 casos

AUTORES: Santos AJC, Junqueira RF, Fróes Jr LFF, Albuquerque M, Chaul A.

INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Goiás – Goiânia, GO

INTRODUÇÃO: Lúpus vulgar sobre a vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) é uma complicação rara, sendo relatado incidência de 5 a 10 casos por milhão de vacinados. O aspecto clínico é muito sugestivo, surgindo no local da aplicação da vacina, após semanas, meses ou anos, uma placa eritemato-crostosa, circunscrita de evolução insidiosa. Nesses casos, há indicação de tratamento para resolução do quadro. Outras complicações ditas não específicas são mais freqüentes e incluem: formação de quelóides, cistos epidérmicos, granulomas, eczemas, exantema hemorrágico generalizado e eritema nodoso dentre outros.

RELATO DOS CASOS: Caso Clínico 1: R.N.O.A., 6 meses, masculino, procedente de Aparecida de Goiânia - GO. Paciente passou a apresentar, em ombro direito, placa eritemato-crostosa, infiltrada, 30 dias após BCG. O exame anatomopatológico revelou uma dermatite crônica inespecífica, não sendo observados bacilos (coloração de Ziehl-Neelsen). Radiografia de tórax sem alterações e também não houve crescimento de bacilos na cultura. Optamos por iniciar esquema 1 para tuberculose e paciente apresentou remissão da lesão já nos primeiros meses da terapia. Caso Clínico 2: P.H.R.S., 4 meses, masculino, procedente de Goiânia - GO. Após 15 dias da vacina BCG, criança iniciou placa eritemato-crostosa em ombro direito, com crescimento lento e sem melhora com uso de medicações tópicas. Exame anatomopatológico evidenciou dermatite subaguda perivascular superficial. Radiografia de tórax normal. Culturas para micobactérias negativas. Novamente, diante do quadro apresentado, fizemos o esquema 1 e o paciente apresentou rápida resolução da lesão.

DISCUSSÃO: A literatura afirma ser essa doença um evento raro. O encontro do bacilo não é o habitual e o tratamento muitas vezes é feito baseado nas características clínicas e história da vacinação prévia. Apresentamos dois casos de lúpus vulgar atendidos em nosso serviço. São casos bastante ilustrativos e se prestam a nos deixar atentos ao diagnóstico precoce que pode abreviar o curso arrastado da doença.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Relato de dois casos de uma complicação infreqüente diagnosticados e tratados com sucesso.

PO119 Herpes disseminado em paciente alcóolatra

AUTORES: Kanagusuko T, Pegas JRP, Santos LPV, Fagundes PPS, Tebcherani AJ.

INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, São Paulo

INTRODUÇÃO: O herpes vírus possui distribuição universal podendo, dependendo do tipo viral estudado, chegar a uma soroprevalência em adultos de até 100%. Manifestações graves ou disseminadas são encontradas em estados de imunodepressão do hospedeiro. Relatamos aqui um caso de herpes disseminado em paciente alcóolatra e hepatopata.

CASO CLÍNICO: PPS., 50 anos, masculino, branco, procedente de Guarulhos, procurou o pronto-socorro do Hospital Padre Bento em 31/08/04 com queixa de lesões pruriginosas no corpo há 4 dias, associada a dor abdominal. Possuía antecedentes de etilismo com acometimento hepático. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e piora das lesões na pele. Colhido exames: Hb 13 leucócitos 18.200 (2 mielócitos, 5 metamielócitos, 47 bastonetes, 37 segmentados, 5 linfócitos, 2 monócitos) PLT 163.000 TGO 1752 TGP 833 BT 11,6 Uréia 153 Creatinina 2,7. Solicitado avaliação da dermatologia no segundo dia de internação. O paciente encontrava-se em MEG, sem resposta a estímulos verbais, icterico, com vesículas disseminadas em tronco e membros, algumas hemorrágicas, poucas com crostas necróticas. Realizado teste de Tzanck, que revelou presença de células gigantes multinucleadas. Biopsia incisional mostrou padrão de degeneração reticular dos queratinócitos, vesículas intraepidérmicas sugestivas de infecção herpética. Realizado diagnóstico de herpes disseminado e introduzido aciclovir endovenoso, porém o paciente foi a óbito 24 horas após iniciada a medicação.

DISCUSSÃO: A imunidade celular inata ou adaptativa constitui o ponto central da resistência do hospedeiro às infecções virais. A imunidade humoral, apesar de secundária, também contribui de maneira significativa para a contenção da replicação viral. Portadores de imunossupressão de etiologias diversas podem apresentar infecções provocadas pelo herpesvirus com maior frequência e gravidade. Apesar do desenvolvimento de outras drogas antivirais, o aciclovir continua sendo a medicação de escolha para o tratamento de imunodeprimidos, sendo porém o tempo da terapêutica mais prolongada. A resistência a esta droga é infrequente e sem impacto epidemiológico. As vacinas antiherpéticas continuam em estudo e mostram-se inviáveis até o momento.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Relato de caso raro.

PO120 Esquistossomose cutânea com distribuição zosteriforme

AUTORES: Sarubi JC, Magnago AGP, Sá AAM, Moura SHL, Lyon AC.

INSTITUIÇÃO: Hospital Eduardo de Menezes – Centro de Referência Estadual em Dermatologia Sanitária – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) – Belo Horizonte, MG

INTRODUÇÃO: A esquistossomose cutânea é afecção rara, caracterizada por lesões papulosas ou pápulo-vesiculosas de 2-4 mm de diâmetro, isoladas ou agrupadas, pruriginosas, que ocorrem principalmente no tronco. Resultam de reação inflamatória granulomatosa aos ovos do *Schistosoma mansoni* na derme. Ocorre em pacientes com doença visceral, sendo que os ovos do parasita atingem a pele por meio de comunicações arteriovenosas, vasos linfáticos ou desenvolvimento do parasita fora do sistema porta. O diagnóstico é baseado no quadro clínico e história de exposição. Exame anátomo-patológico permite o diagnóstico definitivo, com o achado de ovos do *Schistosoma mansoni*, geralmente envolto por inflamação granulomatosa.

RELATO DO CASO: Os autores relatam o caso de paciente masculino, 46 anos, apresentando lesões em dorso há 30 dias, com prurido acentuado. Caracterizavam-se por pequenas pápulas eritematosas e vésico-pápulas agrupadas, ocupando um dermatomo no dorso, à direita. Presença de lesões semelhantes em região lombossacra. Foi tratado como herpes-zóster pela sintomatologia parcialmente compatível e realizada biópsia para confirmação diagnóstica. O exame histopatológico evidenciou pele com ovos de *S. mansoni* na derme, com numerosos eosinófilos e células histiocitárias ao redor. Exame parasitológico de fezes foi negativo e ultrassonografia de abdômen não mostrou alterações. Foi tratado com Praziquantel, evoluindo com regressão total das lesões e remissão do prurido.

DISCUSSÃO: A esquistossomose é infecção de alta prevalência no Brasil, porém há poucos casos descritos na literatura de esquistossomose cutânea, principalmente de distribuição zosteriforme.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade da forma clínica.

PO121 Eritema indurado de Bazin - Relato de caso

AUTORES: Badaró MMI, Boroliero MIP, Rabay FO, Andraus E, Mandelbaum SH.
INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia do Dr Samuel H. Mandelbaum, Taubaté, SP.

INTRODUÇÃO: O Eritema Indurado (EI) foi descrito por Bazin como placas eritematosas subcutâneas endurecidas. Em 1900, dermatologistas incluíram EI como forma de tuberculose. Hoje é considerado desordem reacional, relacionado a várias etiologias, entre as quais a tuberculose. Técnicas de PCR têm demonstrado DNA do *Mycobacterium tuberculosis* em 77% dos casos. Acomete mulheres de meia idade, com nódulos e placas em pernas, que se ulceram e deixam cicatrizes atróficas. Recomenda-se PQT por 9 meses para pacientes com PPD fortemente reator ou PCR positivo na biópsia.

RELATO DE CASO: Paciente S.A.N.B., 28a, F, B, do lar, natural e procedente de Taubaté - SP, com nódulos dolorosos nas pernas há aproximadamente 10 anos, que evoluíram com drenagem de secreção pio-sanguinolenta e cicatrizes atróficas. Exame dermatológico: nas pernas: nódulos eritemato-violáceos, placas eritemato-infiltradas, máculas hipercrômicas residuais e cicatrizes atróficas. Exames laboratoriais: ASLO: 400; VHS: 20; PPD: negativo em maio de 2001/positivo em março de 2005 (fraco reator); HMG: normal; RX tórax: normal; cultura de orofaringe: *S. viridans*; sorologias para hepatites A, B C: negativa; cultura de secreção do nódulo: negativa; FAN: negativo; VDRL: negativo; sorologia para HIV: negativa. Exame histopatológico: epiderme: conservada. Derme: moderado infiltrado linfocitário perivascular e perianexial. TCSC: intenso processo inflamatório predominantemente septal com extensão moderada para lóbulos de adipócitos. O processo é caracterizado por infiltrado linfo-histiocitário com inúmeros neutrófilos e eosinófilos de permeio. Em certos campos há vasos de médio calibre com espessamento da parede muscular que está dissociada pelo processo inflamatório. Notam-se ainda focos de necrose com acúmulo de piócitos de modo a esboçar microabscessos. O quadro histológico é sugestivo de EI.

DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de EI em paciente com PPD fracamente reator. Em nosso caso, na impossibilidade de realização de PCR, a paciente recebeu PQT por 9 meses, com melhora sustentada por 1 ano. Atualmente, encontra-se na sua segunda recidiva. Casos semelhantes, de difícil diagnóstico e com curso arrastado, são descritos na literatura.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Raridade do caso.

PO122 Fasciíte necrosante pós-manipulação de miíase furunculóide

AUTORES: Marques SA, Perez VPF, Reis-Zotelli IRT, Ferreira AGT, Barraviera SRCS.
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina de Botucatu - SP (UNESP).

INTRODUÇÃO: Fasciíte necrosante é processo infeccioso agudo, grave, acometendo a fáscia muscular e todos os extratos cutâneos, com alto índice de morbidade e letalidade. É causada por associação de bactérias gram positivas, gram negativas e anaeróbias, com evolução após mínimo trauma em pacientes tanto imunoincompetentes quanto imunocompetentes. O diagnóstico precoce é crucial quanto ao prognóstico, daí a importância do treino do dermatologista ou clínico assistente.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, procedente da zona rural, procurou o serviço em 26/03/05 queixando-se de dor e vermelhidão no braço esquerdo (MSE). Referia que, há 4 dias, executara expressão manual de nódulo no MSE a fim extrair uma larva de miíase. Evoluíra com eritema, edema e dor local que aumentaram progressivamente; negava febre. Ao exame inicial, mostrava-se em bom estado geral, consciente e orientado, com extensa lesão infiltrada eritemato-enegrecida no MSE e pequena ulceração local, sem outras alterações ao exame clínico. Iniciou-se penicilina G cristalina, amicacina e vancomicina, aguardando avaliação da equipe da cirurgia para desbridamento. Evoluiu com choque séptico cerca de 24 após a internação. Foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e submetido a desbridamento até plano subfascial pela equipe de cirurgia plástica. Recebeu ainda terapêutica adjuvante de amins vasoativas e suporte intensivo de vida. Os exames laboratoriais mostravam principalmente alterações da função renal. Evoluiu com melhora progressiva no pós-operatório fazendo curativos com Actisorb®. Apresentou, como complicação, edema pulmonar no sexto dia de internação, tratado com ventilação não-invasiva (CPAP). Nesse dia, já havia resolução do quadro hemodinâmico. No décimo dia de internação hospitalar recebeu alta da UTI para enfermaria de

dermatologia em ótimo estado, função renal normalizada, ainda em uso dos antimicrobianos, que foram mantidos por 14 dias. Continuou fazendo curativos com Actisorb® até ser submetido a enxertia de pele no MSE.

DISCUSSÃO: Trata-se de complicação incomum, porém grave, de manipulação leiga de miíase furunculóide. O diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoce foram decisivos, já que a letalidade referida atinge 30% dos casos.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Extrema importância do diagnóstico precoce e do treinamento dermatológico específico.

PO123 Latência em comissurite por blastomicose sul-americana em paciente de vida urbana atual

AUTORES: Lima SS, D'Agostino AV, Maeda MYS, Marcondes MC, Santos ACB.

INSTITUIÇÃO: Hospital Infantil Darcy Vargas – HIDV São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: A blastomicose sul-americana ou paracoccidiodomicose é causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. É uma micose sistêmica que pode permanecer muitos anos em latência, e só então se manifestar como doença. A ocorrência do fungo é restrita à América Latina, a exceção do Chile e Antilhas.

O caso aqui relatado mostra um paciente do sexo masculino, 55 anos, branco, ex-trabalhador rural, que há 16 anos trocou o campo pela zona urbana da Grande São Paulo. Chegou ao nosso ambulatório, após ter passado em outros serviços, apresentando lesão ulcerada em superfície oral de lábio inferior, junto à comissura labial esquerda, há 18 meses. Concomitantemente queixava-se de emagrecimento (10 kg nos últimos três meses), tosse e sudorese noturna. Foi então realizado PPD, não reator (0,0 mm); baciloscopia três amostras, sendo coletado até o momento duas, com resultado negativo; VHS de 20 mm na primeira hora; ultrassonografia cervical não evidenciou linfonodomegalia e radiografia de tórax mostrou infiltrado fibroso ápico infra-clavicular direito, compatível com seqüela do infiltrado de Ashmann. Retirada amostra tecidual da lesão para anatomicopatológico com demonstração do fungo em coloração HE. Após ser instituída terapêutica específica com Sulfametoxazol 800 mg associado à Trimetoprim 160 mg por dia via oral, em 28/02/2005 (até a presente data), houve regressão total da lesão. As lesões da blastomicose sul americana são polimorfas e podem acometer qualquer órgão ou sistema. Quando na mucosa oral, as lesões mais frequentes são na gengiva, bochechas, assoalho da boca, palato ou língua. No caso relatado, observou-se lesão exclusivamente em comissura labial. Após a primo-infecção, a evolução pode seguir para cura espontânea, paracoccidiodomicose-doença ou permanecer em latência, de acordo com a virulência do fungo e imunidade do paciente. A doença pode ser classificada em aguda, subaguda ou crônica. Os tipos agudo e subagudo atingem jovens, acometendo principalmente órgãos do sistema reticuloendotelial. O tipo crônico atinge adultos, geralmente após longo período de latência, podendo ser unifocal com lesão em um só órgão ou sistema, ou multifocal com vários órgãos ou sistemas afetados.

Este estudo visa a uma comparação do caso acima relatado com uma revisão bibliográfica de casos de pacientes europeus e norte-americanos, que em seus países apresentaram blastomicose sul-americana muitos anos após sua estadia em áreas endêmicas como já citado, levando-se em conta a relevância da latência que pode ser estabelecida nesta patologia.

PO124 Tratamento intralesional com N-metil glucamine para leishmaniose cutânea - Relato de casos

AUTORES: Viana VFV, Filho JWA, Lima ALP, Oliveira TR, Vasconcelos XT.

INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia - Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza, CE

INTRODUÇÃO: Leishmaniose cutânea é uma doença endêmica em muitas áreas do Ceará. O tratamento de escolha para Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é o antimônio pentavalente na via intravenosa ou intramuscular, na dose de 20 mg/kg/dia por no mínimo quatro semanas. Esta terapia sistêmica não é fácil de aplicar e produz vários efeitos colaterais, principalmente quando pessoas idosas, gestantes ou pacientes renais e cardíacos são afetados. No estado do Ceará, muitos pacientes acometidos por LTA são provenientes de regiões pobres, desprovidos de centros de saúde capacitados para reconhecer e tratar os efeitos adversos da terapia sistêmica. Devido a essas dificuldades, decidimos avaliar a eficácia da terapia intralesio-

nal com o antimônio pentavalente em um seletivo grupo de pacientes.

RELATO DE CASO: Três pacientes foram selecionados de áreas endêmicas do estado do Ceará. Os critérios de inclusão foram a presença de lesão única localizada em tronco ou extremidades e/ou a presença de alterações cardíacas, renais e idade avançada na qual a terapia sistêmica não seria viável. Diagnóstico laboratorial era confirmado pela presença de leishmania por um dos três métodos: pesquisa direta, cultura ou histopatológico. Tratamento com N-metil glucamine (glucantime) era aplicado de forma intralesional a cada 15 dias, até epitelização completa da úlcera. Nenhum efeito adverso ou complicação foi observado.

DISCUSSÃO: A cicatrização completa da úlcera geralmente ocorria até o final da sexta semana de tratamento. O paciente que apresentava úlcera em membro inferior teve uma resposta mais lenta, dados comparáveis com a literatura. O total de ampolas utilizadas para o tratamento total era em média de três ampolas, o que diminuiu drasticamente os custos quando comparado ao da terapia sistêmica (85 ampolas para um paciente de 65 quilos).

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Avaliar uma terapia alternativa para LTA, que se destaca pela sua eficácia, ausência de toxicidade e baixo custo.

PO125 Leishmaniose cutânea em paciente imunossuprimido

AUTORES: Silva ARS, Alencar E, Cavalcanti S, Gurgel A, Simões L.

INSTITUIÇÃO: Serviço de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, PE

INTRODUÇÃO: Leishmanioses são afecções causadas por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidas por meio da picada da fêmea de flebotomíneos. No homem, as leishmânias podem ocasionar infecção subclínica, determinar lesões tegumentares ou acometer órgãos internos. Recentemente o caráter oportunista da leishmaniose ganhou importância com o advento da SIDA. Rotineiramente a doença apresenta um curso atípico, sendo frequentes os testes sorológicos falso-negativos, apesar de não haver dificuldades em se acharem os parasitos em biópsia de pele ou medula óssea. Os níveis de CD4 estão estreitamente relacionados com a mortalidade, e níveis em torno de 200 células predispoem ao caráter oportunista da doença.

RELATO DO CASO: L.C.M., 22 anos, masculino, leucodérmico, natural e procedente de Águas Belas - PE, com história de 3 meses de diarreia aquosa, febre vespertina diária, perda de peso e lesões cutâneas disseminadas. Ao exame dermatológico apresentava placas eritemato-violáceas, com hiperpigmentação central, limites imprecisos e irregulares, em face, tronco e membros. Admitido no serviço de infectologia deste hospital com as hipóteses diagnósticas de SIDA e sarcoma de Kaposi. Durante o internamento procedeu-se à investigação laboratorial, a qual revelou sorologia positiva para HIV, VDRL negativo, contagem de CD4 igual a 199 céls./mm³ e biópsia de pele revelando a presença de leishmânias. Realizados punção de medula óssea e estudo do LCR, ambos sem alterações. Diante do diagnóstico histológico foi iniciado o tratamento sistêmico com N-metil glucamina e terapia HAART (zidovudina, lamivudina e atazanavir). Após 30 dias de uso da N-metil glucamina na dose de 20 mg/kg/dia, o paciente apresentava melhora clínica importante, no entanto as lesões de pele aumentaram em número e passando a mostrar um aspecto eritemato-vésico-escamoso e infiltrativo. Diante do exposto foram aventadas as hipóteses de falha terapêutica e/ou síndrome de recuperação imunológica. Optou-se então pela realização de nova biópsia incisional, a qual revelou, mais uma vez, a presença de grande quantidade de formas amastigotas de leishmanias livres no interstício e no interior de macrófagos tissulares. Iniciado o tratamento com anfotericina B (50 mg/dia) associada à manutenção da terapia anti-retroviral, com regressão importante das lesões anteriormente referidas.

DISCUSSÃO: Diante do verificado na literatura mundial, a leishmaniose em pacientes imunossuprimidos pode apresentar características bastante atípicas, no que diz respeito a sua apresentação clínica, diagnósticos laboratorial, evolução e resposta terapêutica. O caso aqui apresentado reforça e ilustra o caráter oportunista potencial dessa patologia infectoparasitária em pacientes imunossuprimidos, com ênfase em sua apresentação e curso atípicos.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Apresentação e curso atípicos da patologia.

PO126 Leishmaniose mucosa refratária a muitos esquemas terapêuticos

AUTORES: Borges EL, Motta JOC, Paula CDR, Sampaio RNR.

INSTITUIÇÃO: Hospital Universitário de Brasília - HUB/UnB, Brasília, DF

INTRODUÇÃO: No nosso país, a leishmaniose tegumentar americana na sua forma mucosa acomete 1 a 3% dos pacientes sendo, geralmente, identificada como causa a *Leishmania (Viannia) braziliensis*. Apresenta progressiva destruição das mucosas, principalmente do nariz e da boca associada a exacerbada resposta imune Th1 contra antígenos da leishmânia, responsáveis pela elevada produção de TNF- e IFN- mal regulada pela IL-10 e pelo TGF-beta.

RELATO DOS CASOS: 1) P.N., masculino, 66 anos, agricultor, tabagista, ex-etilista. Há 34 anos teve lesão pápulo-eritematosa na região interescapular que evoluiu para úlcera. Após 1 ano surgiram obstrução nasal, rinorréia, hiposmia e disфонia com presença de erosão na mucosa nasal com posterior ulceração e perfuração do septo nasal, acometendo o palato com destruição da úvula e lesão da laringe. Exames: IDRМ forte reator, IFA 1:340, exame histopatológico com infiltrado linfoplasmohistiocitário. Foi submetido a vários tratamentos: N-metil glucamina (NMG), estibogluconato de sódio, anfotericina B convencional, NMG e alopurinol, itraconazol e alopurinol, NMG e alopurinol, NMG e IFN-gama, sulfato de aminosidina, itraconazol e alopurinol, anfotericina B lipossomal, NMG e pentoxifilina e persiste com sinais e sintomas. Submetido a avaliação nutricional teve IMC de 16,9 (desnutrição-depleção moderada). 2) J.F.B., masculino, 47 anos, pardo, lavrador, tabagista, ex-etilista. Há 19 anos iniciou com lesão eritemato-papulosa no antebraço, que evoluiu para úlcera que cicatrizou após 7 meses. Após 1 ano teve úlcera na região cervical. Exames: IDRМ forte reator, IFA 1:340, exame histopatológico com infiltrado linfoplasmohistiocitário, cultura e inoculação em hamster positivos e a espécie de leishmânia foi identificada como *Leishmania (Viania) braziliensis*. Foi tratado com NMG em várias doses variando de 10 mg SbV/kg/dia por 40 dias a 7 mgSbV/kg/dia de 8/8h por 21 dias e evoluiu com piora tendo surgido infiltração nasal e do lábio superior, boca, laringe e destruição do septo nasal. Ao longo dos anos foi submetido a outros tratamentos: anfotericina B lipossomal, sulfato de aminosidina, pentamidina, itraconazol e alopurinol, NMG e alopurinol, NMG e pentoxifilina, NMG e talidomida, anfotericina B lipossomal. Teve perda ponderal de 12 kg nos últimos 12 anos.

DISCUSSÃO: Os pacientes citados apresentavam os fatores de risco atribuídos para LM: sexo masculino, indivíduos com mais de 22 anos de idade, deficiência nutricional, tempo de doença cutânea maior que 4 meses, maior número de lesões e de sítios anatômicos envolvidos.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Falta de resposta terapêutica em que circunstâncias ligadas ao hospedeiro parecem ter tido grande influência.

PO127 Pustulose plantar como manifestação clínica de paracoccidioidomicose

AUTORES: Mello CD, Duarte GC, Moraes AM, Magalhães RF, Souza EM.

INSTITUIÇÃO: Universidade Estadual de Campinas - Campinas, SP

INTRODUÇÃO: Pustulose plantar é uma manifestação clínica freqüente de diversas doenças (psoríase, acrodermatite contínua, bacteríde etc.). Paracoccidioidomicose é uma doença sistêmica granulomatosa crônica causada por *Paracoccidioides brasiliensis*. Relatamos um doente em que a pustulose plantar foi a manifestação cutânea de Paracoccidioidomicose disseminada.

CASO: Homem de 63 anos foi internado por quadro de insuficiência renal de etiologia indefinida. Estava sendo submetido a radioterapia devido carcinoma da próstata. Há um mês apresenta pústulas que evoluem para úlceras rasas recobertas por crostas hemáticas nas plantas dos pés. O exame micológico direto do conteúdo das pústulas evidenciou células arredondadas com dupla parede birrefringente e gemulação em aspecto de roda de leme. O exame histopatológico revelou reação inflamatória granulomatosa com a presença de parasitas com dupla parede com brotamento múltiplo em seu interior. Durante evolução do quadro detectou-se pneumopatia micronodular, insuficiência adrenal e orquiepididimite, encontrado-se o fungo no tecido renal, urina e escarro, consolidando o diagnóstico de Paracoccidioidomicose disseminada. Iniciado tratamento com Itraconazol (200 mg/dia), obteve-se boa resposta.

DISCUSSÃO: O acometimento cutâneo é a manifestação extrapulmonar mais freqüente da paracoccidioidomicro-

se, secundário à disseminação hematogênica, considerando-se que inoculação cutânea é excepcional. As lesões dermatológicas são polimórficas predominando elementos papulosos, pápulo-vegetantes e úlcero-crostosos. A presença de pústulas é rara (sendo mais rara ainda a localização isolada nas plantas), estando associada a estados de imunossupressão (corticoterapia, SIDA, neoplasias), assim como a forma clínica de paracoccidiodomicose disseminada. Trata-se de uma manifestação incomum da doença e ilustra como o exame micológico direto das lesões dermatológicas, mesmo que atípicas, pode desempenhar um papel de fundamental importância no diagnóstico de um quadro sistêmico grave num paciente com comprometimento imunológico.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Manifestação clínica atípica de doença prevalente.

PO128 Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil

AUTORES: Gomes CCD, Penna GO, Aires MAP, Gonçalves HS.

INSTITUIÇÃO: Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM) – Fortaleza, CE

FUNDAMENTOS/OBJETIVOS: Avaliar as características clínico-epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS/CASUÍSTICA: Estudo retrospectivo de 981 pacientes com hanseníase diagnosticados no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM) em 2004. Foram identificadas as seguintes informações obtidas de prontuários médicos: idade, gênero, procedência, forma de hanseníase baseada nos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), característica do caso (novo, recidiva etc.), grau de incapacidade física e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Na análise, consideraram-se 909 casos novos de hanseníase notificados em 2004 no CDERM. Adicionaram-se ao montante 72 casos referentes principalmente a transferências de outras unidades de saúde, totalizando 981 casos. A maior incidência ocorreu na faixa etária de 45 a 54 anos (17,9%/176). A distribuição por gênero mostrou 491 (50,05%) pacientes do sexo masculino e 490 (49,94%) pacientes do sexo feminino. De acordo com a classificação de Madri, revelou-se que a maioria dos pacientes apresentou a forma dimorfa (54,6%). Quanto ao grau de incapacidade, na época do diagnóstico, revelou-se que a maioria dos pacientes apresentava grau zero (708/72,1%). Quanto à procedência dos pacientes com hanseníase, podemos observar que 81,7% eram oriundos da cidade de Fortaleza.

CONCLUSÕES: Estes dados são bastante expressivos para alertar os gestores das grandes dificuldades em se conseguir alcançar a meta estabelecida pela OMS de eliminar a hanseníase em 2005. A complexidade de enfrentamento de uma doença como a hanseníase nos leva a refletir e redirecionar sua eliminação para um controle efetivo, sedimentado sobre a ética e a medicina baseada em evidências.

PO129 Eritema Indurado de Bazin – Relato de caso

AUTORES: Innocente CF, Vieira APS, de Moraes CAX, Coppola L, Cunha PR.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina de Jundiaí

INTRODUÇÃO: Eritema Indurado de Bazin é uma paniculite lobular com vasculite crônica e recorrente, descrita inicialmente por Ernest Bazin em 1861. Quando considerada uma "tuberculide" (manifestação de hipersensibilidade retardada mediada por células T de foco à distância de tuberculose), recebe a denominação de eritema indurado, apesar de o foco tuberculoso raramente ser detectado. Quando a etiologia da tuberculose não está envolvida, tem-se uma vasculite nodular. Acomete mais frequentemente mulheres de meia idade. Clinicamente, caracteriza-se por nódulos dolorosos e placas de caráter inflamatório localizados nos membros inferiores e com grande tendência a ulcerar, deixando cicatrizes atróficas e hiperpigmentadas. Está acompanhado de eritrocianose, livedo, perniose e hiperidrose palmo-plantar. O teste tuberculínico poderá ser positivo ou negativo. Na histopatologia encontramos uma paniculite lobular com vasculite e escassa reação inflamatória do tipo granulomatosa; pode haver presença de necrose caseosa e bacilos geralmente não são encontrados no exame. O diagnóstico baseia-se no quadro clínico, no PPD, na histopatologia e no PCR da pele (pequisa do DNA do bacilo na lesão com positividade de 56-88%, sensibilidade de 98% e especificidade de 100%) e pode ser confirmado pela prova terapêutica com antitubercúlicos.

RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 25 anos de idade, pardo, sol-

teiro, natural e procedente de Franco da Rocha - SP - com queixa de lesões em perna direita há 2 meses. No exame dermatológico foram encontradas três úlceras rasas com fundo crosto-hemático, áreas de necrose, bordas irregulares e hiperemia circunjacente em panturrilha direita, além de nódulos profundos, placas eritematosas e endurecidas. Dos exames complementares, o PPD era fortemente reator (16 mm) e todos os outros exames foram negativos. O anátomo-patológico mostrou pele com intensa vasculite, áreas focais de arranjo granulomatoso e fibrose irregular. Mesmo na ausência de focos de necrose caseosa e de BAAR positivo, fez-se o diagnóstico de eritema indurado de Bazin. Foi introduzido o esquema tríplex (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) para tuberculose como prova terapêutica e, após duas semanas de tratamento, as úlceras começaram a regredir. Após 2 meses houve fechamento completo da lesão.

DISCUSSÃO: O eritema indurado de Bazin é mais freqüente em mulheres de meia idade; pode ocorrer no sexo masculino, porém em baixa porcentagem. Este caso apresenta um paciente do sexo masculino e jovem, tratado com sucesso com antitubercúlicos.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Trata-se de um caso de uma doença rara, de difícil diagnóstico, acometendo paciente do sexo masculino e que teve excelente resposta ao tratamento com antitubercúlicos.

PO130 Tuberculose cutânea: um caso com linfangite esporotricóide

AUTORES: Tayti T, Santi CG, Sotto MN.

INSTITUIÇÃO: Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: A tuberculose extrapulmonar representa aproximadamente 10% de todos os casos de tuberculose e a tuberculose cutânea corresponde a pequena porcentagem destes casos. No Brasil, há poucas informações epidemiológicas sobre a tuberculose cutânea.

RELATO DO CASO: Trata-se de doente do sexo masculino, branco, 32 anos, apresentando há 3 anos placa eritemato-descamativa psoriasiforme no dorso do 4º quirodátilo D e há 2 meses nódulos subcutâneos distribuídos linearmente no braço D e nódulos ulcerados e fistulizados na axila D. Havia história de trauma no 4º dedo precedendo a lesão. O paciente, vacinado com BCG, não apresentava sintomas constitucionais. Sua esposa havia sido tratada de tuberculose pulmonar há 2 anos. O exame micológico direto e a cultura da secreção foram negativos. PPD de 18 mm. Esporotriquina de 10 mm. Montenegro e sorologias para HIV e Leishmaniose negativas. Anátomo-patológico mostrou dermatite granulomatosa crônica com necrose caseosa. A cultura da biópsia isolou *M. tuberculosis*. A investigação de outros focos de tuberculose foi negativa. Tratamento com esquema IR para tuberculose, com melhora clínica após um mês.

DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de tuberculose cutânea em paciente previamente sensibilizado que contraiu a infecção provavelmente após inoculação exógena, evoluindo com padrão linear das lesões mimetizando esporotricose. A linfangite esporotricóide é vista na esporotricose, micobacteriose atípica por *M. marinum* e *M. kansasii*, nocardiose, botriomicose, tularemia e leishmaniose cutânea. Há apenas quatro casos relatados na literatura de tuberculose cutânea com linfangite nodular ascendente. Thiers et al. (1965) descrevem um caso de linfangite gomosa. Premalatha et al. (1987) relatam uma goma tuberculosa em padrão esporotricóide. Khandpur et al. (2001) relatam dois casos de lúpus vulgar com disposição linear das lesões, sendo um iniciado após inoculação exógena e outro associado a tuberculose óssea. Tanaka et al. (2002) descrevem um caso de linfangite nodular ascendente em paciente imunodeprimida, com apresentação clínica das lesões semelhante ao caso apresentado.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Apesar da raridade, a tuberculose cutânea deve entrar no diagnóstico diferencial das doenças com linfangite nodular ascendente simulando esporotricose.

PO131 Tratamento do molusco contagioso com imunomodulador

AUTORES: Tovo Filho R, Primavera RAS, Bagnariolli AE, Cucé LC, Golfan CG.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro - Serviço de Dermatologia do Prof. Dr. Luiz Carlos Cucé - São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: O molusco contagioso é uma dermatovirose com tratamento simples e convencional. No entanto, para lesões disseminadas, torna-se um problema devido à dificuldade terapêutica. Este trabalho

demonstra o tratamento de molusco contagioso com o uso de imunomodulador tópico.

CASO CLÍNICO: R.M.S., masculino, branco, 26 anos, relata aparecimento de lesões papulosas em região púbica há cerca de 20 dias. Ao exame clínico apresentava numerosas lesões papulosas, semi-esféricas, sésseis e umbilicadas, na região púbica. Apesar de o exame clínico ser bastante característico e a história da doença ser relevante (refere atividade sexual prévia ao aparecimento das lesões), foi retirada uma das lesões e encaminhada ao exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de molusco contagioso. Mesmo sabendo da eficácia do tratamento por curetagem e aplicação de tintura de iodo, pela quantidade e local das lesões e o perfil emocional do paciente que solicitava outra alternativa de tratamento, optou-se, desta forma, pela utilização de imunomodulador tópico, imiquimod 5%.

DISCUSSÃO: O mecanismo de ação do imiquimod baseia-se na modificação da resposta biológica, produzindo citocinas, entre elas o interferon alfa com atividade antiviral, antiproliferativa e antiangiogênica, além de estimular as células de Langerhans. A produção de citocinas é observada cerca de 2 horas após a aplicação, com concentração máxima em 8 horas, permanecendo elevadas por cerca de 24 horas. Não existe um esquema terapêutico ainda estabelecido para sua utilização em molusco contagioso, embora a literatura sugira sua utilização entre 2 a 4 vezes por semana, pelo período de 4 a 12 semanas. Os efeitos colaterais mais importantes são prurido, eritema, erosão, edema, formação de crostas e dor. Nosso paciente utilizou o medicamento três vezes por semana, aplicando à noite e retirando pela manhã, com remissão completa das lesões em 8 semanas. Como efeito colateral, apresentou prurido e eritema em algumas lesões, e leve exulceração e formação de crostas. Após a interrupção do tratamento, os sintomas desapareceram em cerca de 10 dias. Embora o molusco contagioso possa envolver espontaneamente e o tratamento por curetagem apresente cura completa das lesões, outras alternativas de tratamento devem ser apresentadas aos pacientes. A utilização do imiquimod tópico em forma de creme a 5% mostrou-se eficaz no tratamento do molusco contagioso. Ainda que seu custo apresente-se alto quando comparado aos outros tratamentos, é mais uma opção terapêutica que pode ser utilizada em pacientes com lesões em que a curetagem torna-se difícil, como lesões disseminadas, pacientes imunossuprimidos, pacientes psiquiátricos, em uso de anticoagulantes, crianças ou por motivos emocionais.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Alternativa terapêutica para pacientes com molusco contagioso.

PO132 *L. (L.) chagasi* identificada por PCR-RFLP em lesões ectimatóides de paciente com AIDS e calazar (Leishmaniose visceral)

AUTORES: Roselino AMF, Chociay MF, Costa RS*, Figueiredo JFC*, Machado AA*.

INSTITUIÇÃO: Divisão de Dermatologia e de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica, e

*Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Manifestação cutânea no calazar ou leishmaniose visceral (LV) é rara, sendo mais relatada a forma cutânea pós calazar. No Brasil, a co-infecção por leishmania e HIV é mais descrita por *L. (V.) braziliensis*.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 23 anos, natural de Erecê - BA, procedente de Barrinha - SP, usuário de drogas, internado em 03/05/95 com febre, dor abdominal e diarreia há 20 dias. Ao exame físico, apresentava-se icterico, com adenomegalia e hepato-esplenomegalia. ELISA e WB confirmaram infecção por HIV. O mielograma mostrou presença de leishmanias em histiócitos, enquanto, na biópsia hepática, não foram encontradas leishmanias. Recebeu Glucantime® por 20 dias, 2 fi frascos/d, tendo alta em 31/07/95, retornando a Bahia. Em 26/11/98 foi internado com queda do estado geral e diarreia, além de lesões papulosas, algumas ulceradas em abdômen e coxa E. Mielograma e biópsia de duodeno mostraram presença de leishmanias, quando esquema anti-retroviral e anfotericina B foram iniciados. RIFI para leishmania resultou 1/8 e a biópsia de pele mostrou: fibrose dérmica difusa e focos de inflamação crônica imespecífica leve à moderada, pequeno granuloma tipo corpo estranho, paniculite septal linfocitária, não sendo observadas leishmanias. PCR-RFLP (polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism) para pesquisa de leishmania em amostra de pele, utilizando-se par de primers específico para sequência de 120 bp de kDNA do minicírculo, comum a todas espécies de leishmanias, resultou positiva. Ao se empregar a enzima Hae III, a análise do padrão de restrição confirmou *L. (L.) chagasi*, comparada às culturas de *L. (L.) amazonensis*, *L. (V.) braziliensis* e *L. (L.) chagasi*, e à amostra de sangue positiva para *L. (L.) chagasi* de paciente com calazar. Na evolução, a dose acumulada de anfotericina B foi de 3,420 g e o mielograma controle foi normal. Contudo, houve

aumento da carga viral e, em vigência de pneumonia, veio a falecer em 29/08/99.

DISCUSSÃO: Recentemente, houve relato de que o estudo do polimorfismo de DNA distingue isolados de *L. donovani* causadores do calazar daqueles causadores da forma cutânea pós-calazar, assim como relato de lesão mucosa por *L. donovani*. Para extrapolar esse achado para cepas de leishmanias causadoras do calazar com manifestação cutânea, há necessidade de ser feito estudo multicêntrico, devido à raridade da manifestação cutânea na LV.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: A presente descrição enfoca o diagnóstico etiológico por *L. (L.) chagasi* somente permitido pelo emprego da PCR-RFLP em amostra de pele de paciente com Aids e LV, chamando a atenção o aspecto ectimatóide da lesão cutânea, aliado ao fato do não encontro do parasito à biópsia de pele.

DEPARTAMENTO DE DST & AIDS

PO133 Sífilis secundária tardia granulomatosa exuberante como diagnóstico diferencial de hanseníase tuberculóide reacional

AUTORES: Romanini AM, Souza DS, Yuge S, Ura S, Opromolla DVA.

INSTITUIÇÃO: Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru, SP.

INTRODUÇÃO: As lesões cutâneas da sífilis secundária estão presentes em 80-95% dos pacientes, na sua maioria são assintomáticas e maculares. As erupções papulares ocorrem em 12% dos casos. Embora lesões granulomatosas sejam características da sífilis terciária pequenos granulomas com células gigantes tipo Langerhans ou corpo estranho podem estar presentes até em lesões jovens.

RELATO DE CASO: Mulher, 36 anos, solteira, procedente de Pirajuí - SP há 2 meses com lesões generalizadas, assintomáticas, sem sintomas gerais. Exame físico: placas eritemato-edematosas, infiltradas, bem delimitadas, algumas confluentes, mais proeminentes na face e mais acastanhadas e aplanadas demais regiões da pele. Não apresenta espessamento nem dor em nervos, ausência de linfadenomegalias. Histopatológico: reação inflamatória granulomatosa superficial e profunda sem hiperplasia epitelial. Granuloma superficial com componente de células epiteliais e grande número de plasmócitos. Exames complementares: Reação de Mitsuda 8 mm, baciloscopia (-), VDRL 1:128 e FTA-Abs(+).

DISCUSSÃO: O quadro clínico com lesões cutâneas tipo placas eritematosas bem delimitadas generalizadas, mas com proeminência na face sugeriu hanseníase tuberculóide reacional. A biópsia, de certa forma, foi compatível com este diagnóstico, tendo em vista granulomas de células epitelióides, extensos e confluentes localizadas em todos os níveis. O componente plasmocitário pode aparecer em manifestações reacionais tuberculóides, em que a baciloscopia frequentemente é negativa. No entanto, as lesões do tronco, mais compatíveis com hanseníase dimorfa onde a baciloscopia é positiva, fez desconfiar de outra patologia granulomatosa e foram solicitadas RSS, onde o VDRL foi 1/128 e FTAbs positivo. Revisou-se a biópsia cutânea, em que chamou atenção o caráter angiocêntrico dos granulomas associados a intensa plasmocitose. Alguns ramos nervosos mostraram infiltração inflamatória perineural, mas esta é uma das alterações também observada nas lesões cutâneas do secundarismo luético.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Discutir o diagnóstico diferencial e mostrar caso com lesões exuberantes.

PO134 Porfíria Cutânea Tarda associada ao vírus da imunodeficiência humana

AUTORES: Lastória JC, Molina L, Carrenho AB, Marques MEA.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina de Botucatu (SP) – UNESP

INTRODUÇÃO: Na forma adquirida da Porfíria Cutânea Tarda (PCT) têm sido descritas associações com etilismo, exposição a hidrocarbonos halogenados, infecção por vírus da hepatite C (HCV) e, recentemente, com vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou coinfeção de HCV e HIV. O tratamento consiste em fotoproteção, suspensão de possíveis substâncias e/ou causas responsáveis e sangrias na fase aguda.

RELATO DO CASO: Feminina, 24 anos, parda, do lar, referindo há 7 meses, aparecimento de bolhas, principalmente em áreas fotoexpostas, associado à febre, mal-estar e vômitos frequentes. Procurou auxílio médico em