DERMATITE PERIANAL ESTREPTOCÓCICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Marina Fração Pereira[1], Luis Felipe Pilar Gomes[1]

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

A dermatite perianal estreptocócica é uma infecção cutânea causada predominantemente por *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A), caracterizada por eritema perianal intenso, dor local e prurido, sendo frequentemente subdiagnosticada em pediatria devido à semelhança clínica com dermatite irritativa ou candidíase. O diagnóstico precoce permite tratamento antibiótico direcionado e resolução rápida do quadro clínico. Paciente masculino, 5 anos, previamente hígido, apresentou dor anal intensa, prurido perianal e dificuldade para evacuar há aproximadamente cinco dias, associada a discreta estria sanguinolenta nas fezes. Ao exame físico observou-se eritema perianal bem delimitado, brilhante, com extensão de aproximadamente 2 cm ao redor do ânus, associado a pequena fissura anal e sensibilidade local à palpação. Não havia febre ou sinais sistêmicos. Foi realizada coleta de swab perianal para cultura bacteriana, que demonstrou crescimento de *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. Considerando o diagnóstico de dermatite perianal estreptocócica, iniciou-se tratamento com amoxicilina por via oral na dose de 50 mg/kg/dia dividida em duas tomadas por 10 dias, associado a medidas locais de higiene e uso tópico de mupirocina a 2% três vezes ao dia por sete dias. Observou-se melhora significativa da dor e redução do eritema após 72 horas de tratamento, com resolução completa das lesões ao final do esquema terapêutico. A dermatite perianal estreptocócica ocorre predominantemente em crianças entre 3 e 7 anos e pode manifestar-se com eritema perianal bem delimitado, prurido, dor e eventualmente sangramento retal discreto. O diagnóstico pode ser confirmado por cultura bacteriana ou teste rápido para estreptococo. O tratamento de escolha consiste em antibioticoterapia sistêmica com penicilina ou amoxicilina por 10 a 14 dias, podendo ser associado a antibióticos tópicos como mupirocina. A resposta terapêutica costuma ser rápida, embora recorrências possam ocorrer em alguns casos. O reconhecimento da dermatite perianal estreptocócica é essencial na prática pediátrica para evitar diagnósticos equivocados e tratamentos inadequados, sendo a antibioticoterapia sistêmica associada a medidas locais eficaz na resolução do quadro.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

DERMATOSE POR IGA LINEAR NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Mirian Basílio Carvalho[1], Gabriela Thomé[1], Isabela Martins Ferreira Mansur[1], Luiza Mazzuco Zanatta[1], Luísa Vitória Pontalti de Ros[1], Vanessa Feller Martha[1]

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A dermatose por IgA linear é uma doença bolhosa autoimune rara, mais comum na infância, caracterizada por bolhas subepidérmicas decorrentes da deposição linear de IgA na membrana basal. Apresenta-se com lesões vesicobolhosas tensas, frequentemente em padrão anular ou em "colar de pérolas". O relato visa alertar para o reconhecimento precoce e prevenção de complicações. Paciente feminina, 5 anos, previamente hígida, com lesões cutâneas pruriginosas desde fevereiro de 2026, iniciadas em membros inferiores e genitália, com progressão ascendente, hiperemiadas, com evolução para bolhas e crostas. Recebeu múltiplos diagnósticos prévios (escabiose, molusco contagioso, dermatite herpetiforme e impetigo), com tratamentos diversos e melhora transitória. Em 28/03, foi internada no litoral por disseminação das lesões, sendo tratada inicialmente como impetigo e transferida ao HCSA. Na admissão em 01/04, apresentava bolhas tensas em base eritematosa, em "colar de pérolas". Suspeitou-se de dermatose por IgA linear, sendo iniciada prednisolona e realizada biópsia. Após piora inicial, houve aumento da corticoterapia. Com G6PD normal, iniciou-se dapsona, com posterior confirmação diagnóstica por imunofluorescência (depósito linear de IgA). Evoluiu com remissão completa após ajuste da dose, permitindo redução do corticoide e alta hospitalar. A dermatose por IgA linear na infância, embora rara, deve ser reconhecida como a principal doença bolhosa nessa faixa etária e incluída rotineiramente no raciocínio clínico do pediatra diante de lesões vesicobolhosas. Sua apresentação pode ser variável e frequentemente mimetiza dermatoses comuns, como infecções bacterianas e parasitárias, contribuindo para atrasos diagnósticos. A identificação do padrão em "colar de pérolas" pode auxiliar na suspeita clínica. O diagnóstico definitivo depende da correlação clínico-patológica, sendo a imunofluorescência direta o exame padrão-ouro ao demonstrar deposição linear de IgA na membrana basal. Este caso destaca a importância da valorização do exame dermatológico e da inclusão da dermatose por IgA linear no diagnóstico diferencial das dermatoses bolhosas na infância. Para o pediatra, o reconhecimento precoce e o encaminhamento oportuno à dermatologia, associados à confirmação diagnóstica adequada, são fundamentais para a instituição de tratamento eficaz com dapsona e para a redução de complicações e terapias inadequadas.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

DOENÇA DE KAWASAKI - RELATO DE CASO

Amanda Jardim Simon[1], Carla Cristani[1], Carolina Costa Coltro[1], Flavia Vasconcellos Peixoto[1], João Matas Kern[1], Luiza Azevedo Peixoto[1], Júlia de Souza Brechane[1], Sofia Fatur Kauffmann[1], Cristiano do Amaral De Leon[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda, de etiologia desconhecida, que afeta principalmente crianças menores de 5 anos, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida na infância. Este relato destaca a melhora clínica após o uso de imunoglobulina intravenosa (IVIG), ressaltando sua importância na fase aguda e na redução de complicações cardiovasculares. Paciente feminina, 8 anos, foi internada na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário de Canoas por febre há 7 dias. Inicialmente, a paciente buscou atendimento médico, por odinofagia, edema em região inframandibular, febre (40ºC), inapetência e vômitos. Recebeu antibioticoterapia sem melhora. Evoluiu com edema palpebral bilateral, hiperemia conjuntival, anorexia, dor abdominal e epistaxe. Manteve febre diária. No 7º dia, estava em regular estado geral, hipocorada, com hiperemia difusa em língua, discreta fissura labial, tonsilas hipertróficas, hiperemia conjuntival bilateral não purulenta, linfonodomegalia cervical (1,5 cm), exantema abdominal e braquial, hiperemia palmar e edema em dorso dos pés. Exames laboratoriais apresentaram leucocitose com desvio à esquerda e Proteína C Reativa (PCR) elevada. O ecocardiograma apontou insuficiência mitral leve, com regurgitação. Foi diagnosticada, então, com Doença de Kawasaki, iniciado ácido acetilsalicílico (AAS) e realizada Imunoglobulina humana intravenosa (IVIG) em unidade de terapia intensiva, sem intercorrências. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com alta no 13º dia de internação. A DK costuma acometer meninos menores de 5 anos e é rara após os 8 anos. O diagnóstico da DK é clínico, caracterizado por um quadro de febre por mais de 5 dias associada a, pelo menos, 4 critérios clínicos, dos quais a paciente em questão apresentou, como língua em framboesa, conjuntivite bilateral não purulenta, edema de mãos e pés, linfonodomegalia cervical e exantema polimórfico, que possibilitaram o diagnóstico e a consequente intervenção breve. O tratamento da paciente baseou-se na associação de AAS e IVIG em altas doses, modulando a inflamação e auxiliando na prevenção de aneurismas coronários. A paciente apresentou quadro típico de DK, apesar da idade atípica. O diagnóstico, com base nos sinais clínicos característicos e nos exames complementares, foi realizado em tempo hábil. O início precoce do tratamento contribuiu para a rápida melhora clínica e para a prevenção de complicações, resultando em um bom prognóstico.

Área: Dermatologia
CANOAS/RS

ERITEMA MULTIFORME MINOR APÓS INTRODUÇÃO DE LAMOTRIGINA: RELATO DE CASO

Luciana dos Santos Martin[1], Andressa Daiane Ferrazza[1], Eduarda Curcio Duval[1], Giulia Lazzarotto Dendena[1], Leonardo Vasconcellos Severo[1], Luana Ribeiro Carlos[1], Rosane Teresinha De Franceschi Merg[1]

1. Hospital da Criança Conceição (HCC).

O eritema multiforme é uma síndrome mucocutânea aguda, geralmente benigna e autolimitada, caracterizada por lesões fixas, simétricas e em alvo. Pode estar associado ao vírus herpes simples ou a fármacos. Na infância, a urticária multiforme é importante diagnóstico diferencial, especialmente diante de lesões anulares de centro violáceo, febre e infecção respiratória ou otite recentes. Paciente masculino, 6 anos, com transtorno do humor bipolar, em uso de escitalopram e lamotrigina, esta última iniciada 10 dias antes do quadro. Evoluiu com febre há 4 dias, cefaleia, dor abdominal, artralgias e exantema inicialmente maculopapular em tronco e face, progressivamente confluente, além de hiperemia conjuntival. A pesquisa para sarampo foi negativa e, ao exame físico, observavam-se linfadenomegalias. Pela hipótese inicial de doença de Kawasaki, realizou ecocardiograma, ecografia abdominal e radiografia de tórax, sem alterações. Considerando a relação temporal com a lamotrigina e a possibilidade inicial de reação cutânea medicamentosa grave, o fármaco foi suspenso e iniciada pulsoterapia com metilprednisolona, com importante melhora clínica. Posteriormente, manteve prednisolona via oral, com resolução completa do quadro e seguimento ambulatorial, sem realização de biópsia. O eritema multiforme clássico costuma cursar com lesões em alvo, distribuição simétrica, predomínio acral e menor repercussão sistêmica. A forma minor tende a apresentar acometimento mucoso ausente ou limitado, enquanto formas mais graves podem cursar com envolvimento mucoso expressivo. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica geralmente apresentam lesões mais extensas e confluentes, importante acometimento mucoso, dor cutânea, possível sinal de Nikolsky e maior gravidade sistêmica. Neste caso, a hipótese dessas entidades graves se justificou inicialmente pelo uso recente de anticonvulsivante, febre, sintomas sistêmicos, hiperemia conjuntival e exantema progressivo, sem elementos suficientes para sustentá-las no desfecho. O caso destaca a dificuldade diagnóstica dos exantemas febris na infância e a importância da correlação entre morfologia das lesões, evolução clínica, avaliação de mucosas, contexto infeccioso e exposição medicamentosa recente. A associação temporal com a lamotrigina e a melhora após sua suspensão favoreceram o diagnóstico clínico presuntivo de eritema multiforme minor relacionado ao fármaco.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

ESPOROTRICOSE FELINA COMO FATOR CONFUNDIDOR: RACIOCÍNIO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE A LESÕES ANULARES NA INFÂNCIA

Josimara Luiza Parise[1], Yasmin Soares Gottems[1], Gabriella Tomasi Dal Ponte[1], Isadora Luisa Duarte da Rocha[1], Karina Wagner Fiore[1], Nataly Bonho Dal Toé[1], Júlia Pinto Marques[1], Ana Flávia Spagnol Requiel[1], Cristiano do Amaral De Leon[1], Karoline Renata Brambatti[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

As dermatoses infecciosas representam causa frequente de atendimento pediátrico na Atenção Primária à Saúde (APS). Em regiões endêmicas, a esporotricose destaca-se como zoonose emergente, especialmente associada à transmissão por felinos infectados. A distinção entre esporotricose cutânea e dermatofitoses, como a tinea corporis, é essencial para manejo oportuno e prevenção de disseminação. Paciente feminina, 6 anos e 5 meses, previamente hígida, vacinas atualizadas, vem em atendimento após diagnóstico confirmado de esporotricose em gato domiciliar. Apresentava lesão cutânea em região malar direita há 7 dias, dolorosa, com crescimento progressivo, associada a cefaleia ipsilateral. Nega febre ou sintomas sistêmicos. Ao exame físico, lesão circular em região malar direita, bordas descamativas, sem ulceração ou nodulação palpável, ausência de sinais flogísticos exuberantes. Considerado diagnóstico diferencial entre tinea corporis e esporotricose cutânea em fase inicial. Na APS optou-se por tratamento antifúngico tópico empírico para dermatofitose, associado a reavaliação programada em curto intervalo e encaminhamento para pediatria. Foram reforçadas orientações quanto a sinais de progressão, necessidade de seguimento e vigilância epidemiológica, considerando contato com animal infectado. A tinea corporis caracteriza-se por lesões anulares com bordas descamativas e centro mais claro, sendo o diagnóstico predominantemente clínico na APS. Já a esporotricose, micose subcutânea causada pelo complexo Sporothrix, apresenta relevância crescente no Brasil, com alta incidência associada a felinos domésticos. Em crianças, pode acometer face e membros superiores, iniciando como pápula ou nódulo doloroso, com possível evolução linfocutânea. Na APS, o raciocínio clínico deve integrar morfologia da lesão e contexto epidemiológico. Em áreas endêmicas, a suspeição precoce e o encaminhamento oportuno são determinantes para evitar atraso terapêutico e complicações. A estratégia de tratamento empírico com reavaliação programada demonstra uso racional de recursos, mantendo vigilância ativa e coordenação do cuidado. O caso evidencia a importância da avaliação clínica contextualizada na Atenção Primária. A integração entre vigilância epidemiológica, diagnóstico diferencial criterioso e seguimento longitudinal reforça o papel da APS na detecção precoce, prevenção de agravamentos e controle de doenças transmissíveis na infância.

Área: Dermatologia
VERANÓPOLIS /RS

EXPOSIÇÃO A PRODUTOS COSMÉTICOS E O DESENVOLVIMENTO DE DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA NA INFÂNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Josilene Hoffmann Cardoso dos Santos[1], Bruna Maria Caznok[1]

1. Universidade do Contestado (UNC).

A dermatite de contato alérgica é uma condição inflamatória cutânea decorrente da sensibilização a alérgenos, com prevalência descrita em até 20% em estudos pediátricos. Observa-se aumento da exposição infantil a produtos cosméticos, associado à influência de mídias digitais, ampliando o contato precoce com substâncias potencialmente alergênicas. Contudo, a relação entre essa exposição e o desenvolvimento de dermatite de contato alérgica na população pediátrica permanece heterogênea na literatura. Avaliar, por meio de revisão sistemática, a associação entre exposição a produtos cosméticos e o desenvolvimento de dermatite de contato alérgica em crianças, identificando os principais alérgenos envolvidos. Essa revisão sistemática foi conduzida conforme PRISMA, com buscas estruturadas nas bases PubMed e SciELO utilizando descritores MeSH combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos observacionais do tipo coorte, transversal e caso-controle, publicados entre os anos 2015 e 2025, em português ou inglês, que avaliaram essa associação em crianças. Excluíram-se estudos com adultos, dermatites não alérgicas e duplicidades. Dos 36 estudos identificados, 14 compuseram a análise final. A maioria dos estudos evidenciou associação entre exposição a cosméticos e o desenvolvimento de dermatite de contato alérgica. Alguns destacaram a imaturidade da barreira cutânea infantil como possível fator predisponente à sensibilização, enquanto outros contextualizaram o aumento do uso de produtos destinados ao público adulto ou comercializados como infantis, influenciado por mídias digitais, embora sem mensuração direta desses fatores. Os alérgenos mais frequentes foram sulfato de níquel (18%), Fragrance Mix I (FM I) e Fragrance Mix II (FM II) (17%), p-fenilenodiamina (16%) e metilcloroisotiazolinona ou metilisotiazolinona (6%), com positividade para pelo menos um deles na maioria das crianças avaliadas, com predomínio em áreas de contato direto, especialmente face e mãos. Os estudos analisados indicam associação entre a exposição a cosméticos e o desenvolvimento de dermatite de contato alérgica em crianças, destacando níquel, fragrâncias e conservantes. A vulnerabilidade da barreira cutânea infantil pode favorecer a sensibilização precoce, reforçando a importância de orientação médica e conscientização dos responsáveis. Persistem lacunas sobre a segurança dessas formulações, demandando estudos que orientem políticas regulatórias e práticas clínicas mais seguras.

Área: Dermatologia
PORTO UNIÃO /SC

ICTIOSE ARLEQUIM: RELATO DE CASO

Ana Júlia Schiavon Zanin[1], Ana Júlia Suzana[1], Aline Stivanin[1], Catarina Spohr Saretta[1], Isadora Fagundes Sartori[1], Laura Rockenbach[1], Giulia Zamarchi Lanferdini[1], Roberta Lago Lima[1], Cristiane Agostini Cassanelo[1], Simone Beder Reis[1]

1. Universidade de Passo Fundo (UPF).

A Ictiose Arlequim é um distúrbio congênito autossômico recessivo grave da pele, caracterizado por placas queratóticas espessas separadas por fissuras eritematosas profundas, além de ectrópio e eclábio severos. J.G.R.P., recém-nascido masculino, prematuro de 32 semanas, nascido por cesárea devido a trabalho de parto prematuro e apresentação pélvica, pesando 1.900g, Apgar 7/8. Mãe G6P3C2, com antecedente de óbito neonatal por ictiose. Pré-natal sem intercorrências, sorologias não reagentes e imunidade para toxoplasmose. Ao nascimento, apresentou desconforto respiratório, sendo iniciado CPAP e encaminhado à UTI neonatal. Ao exame físico: fácies atípica, ectrópio bilateral, rarefação de cabelos, malformações auriculares, microdactilia e placas hiperceratóticas com fissuras, compatíveis com Ictiose Arlequim, confirmada por avaliação dermatológica no 2º dia. Recebeu suporte ventilatório não invasivo, incubadora umidificada, antibioticoterapia empírica com ampicilina e gentamicina, nutrição parenteral e cuidados intensivos com a pele. Foi iniciada Acitretina no 8º dia (1 mg/kg/dia). Evoluiu com sepse tardia por Staphylococcus haemolyticus (hemocultura positiva aos 12 dias), tratada conforme sensibilidade, além de colonização cutânea por Pseudomonas aeruginosa e anemia da prematuridade. Apresentou melhora respiratória, descamação das placas e do ectrópio, recebendo alta com melhora significativa das lesões, em uso domiciliar de acitretina. As ictioses hereditárias constituem grupo de doenças cutâneas caracterizadas por descamação e eritema, podendo apresentar manifestações sistêmicas. A forma Arlequim é a mais grave, com elevada mortalidade neonatal, relacionada à instabilidade térmica, infecções e complicações respiratórias. O caso apresentou achados típicos, como hiperceratose extensa, fissuras profundas, ectrópio e malformações associadas. Apesar da gravidade inicial e das complicações infecciosas, houve evolução favorável, possivelmente relacionada ao diagnóstico precoce, suporte intensivo, cuidados cutâneos adequados e uso precoce de retinoide sistêmico. A acitretina favorece a redução da hiperceratose e melhora clínica, sendo indicada nos casos graves. A Ictiose Arlequim exige diagnóstico precoce, manejo intensivo e aconselhamento genético. O cuidado multidisciplinar associado ao uso precoce de retinoides sistêmicos melhora a sobrevida e evolução clínica.

Área: Dermatologia
MARAU/RS

MOLUSCO CONTAGIOSO - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

Amanda Jardim Simon[1], Carla Cristani[1], João Matas Kern[1], Isadora Machado Trevisan[1], Antônio Carlos Arend[1], Carolina Costa Coltro[1], Eduardo Macedo Oliveira[1], Caroline Montagner Dias[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Molusco Contagioso (MC) é uma infecção viral cutânea e autolimitada causada pelo *Molluscipoxvirus*. Na infância, a transmissão acontece por contato cutâneo, tendo prevalência de 5,1% e 11.5% em crianças de 0 a 14 anos, e com maior pico de infecção entre 2 e 5 anos de idade. Sua apresentação clínica usual é de pápulas esbranquiçadas ou da cor da pele de 2 a 5 mm, principalmente agrupadas e distribuídas de forma aleatória sobre a pele. Analisar estudos publicados nos últimos 5 anos, a fim de estabelecer principais características diagnósticas de MC. Revisão sistemática realizada por pesquisa, no dia 30 de maio de 2025, nas bases de dados: MEDLINE/PubMed, LILACS e SciELO, utilizando a estratégia de busca: molusco contagioso, manifestações cutâneas e fatores diagnósticos. Excluídos artigos publicados antes de 2019. Incluindo os seguintes tipos de estudos: coorte, retrospectivos e transversais, que abordassem as principais características diagnósticas de molusco contagioso. A busca totalizou quatro artigos. O diagnóstico de MC é predominantemente clínico, e acontece com base na inspeção visual das lesões, evolução da doença e fatores de risco para contágio na infância. Pode-se utilizar de outras ferramentas em caso de incerteza diagnóstica, como dermatoscopia e microscopia. Geralmente, não há necessidade de exames complementares. Lesões extensas e persistentes podem indicar imunossupressão, sendo necessária a pesquisa para o HIV. Devido a alta prevalência do MC na população infantil, é importante a avaliação minuciosa das lesões. Uma boa investigação diagnóstica é base para o tratamento e, consequentemente, para uma boa evolução da doença. Espera-se um bom prognóstico em pacientes devidamente investigados.

Área: Dermatologia
CANOAS/RS

ÓBITOS POR EPIDERMÓLISE BOLHOSA NO BRASIL EM CRIANÇAS DE ATÉ UM ANO (2000–2023): ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Giovanna Liberali Magajewski Marchesi[1], Beatriz de Oliveira[2], Francisnei Freitas Santos[3], Gustavo Dertkigil Habitante[4], Ana Júlia Paglia[5], Thaíse Eduarda Arroyo Ricci[6], Silvio Henrique Marques Neto[7], Maísa Kaspary Zwirtes[8], Lígia Luana Freire da Silva[9], Andressa Luise Matte[10]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Faculdade de Medicina de Jundiaí, 3. Instituto Federal de Educação, 4. Ciência e Tecnologia do Sul de Minas - Campus Pouso Alegre, 5. Santa Casa São Paulo, 6. Universidade Cesumar, 7. Centro Universitário de Votuporanga, 8. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 9. Universidade FEEVALE, 10. Universidade Nove de Julho.

A epidermólise bolhosa (EB) é um grupo de doenças genéticas raras caracterizadas por extrema fragilidade cutânea e formação de bolhas após traumas mínimos. As formas mais graves estão associadas a complicações sistêmicas severas, infecções recorrentes e elevada mortalidade infantil. Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por epidermólise bolhosa no Brasil entre 2000 e 2023, avaliando distribuição regional, faixa etária, sexo e características sociodemográficas. Estudo ecológico e descritivo, baseado nos óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As variáveis analisadas foram: região de residência, ano do óbito, faixa etária, sexo e cor/raça. Entre 2000 e 2023, foram registrados 46 óbitos por epidermólise bolhosa no Brasil. Houve marcante concentração regional, com 84,8% dos óbitos (n=39) localizados na Região Sudeste, seguida pelo Centro-Oeste (15,2%, n=7). A distribuição temporal demonstrou variação irregular, sem tendência de crescimento ou queda ao longo do período analisado. Os maiores picos ocorreram em 2000 (n=12), seguido por 2001 e 2002 (n=5 cada). Nos anos mais recentes, a ocorrência permaneceu baixa, com registros esporádicos entre 2013 e 2023. Quanto ao sexo, observou-se maior frequência de óbitos em femininas (63%, n=29) comparadas aos masculinos (37%, n=17). Essa diferença pode decorrer do pequeno tamanho amostral, não havendo evidências na literatura que apontem predominância de EB letal em um dos sexos. A distribuição por cor/raça mostrou predominância significativa de indivíduos brancos (67,4%, n=31), seguidos por pardos (n=6, 13%), e uma ocorrência em indivíduos amarelos (n=1). Em oito óbitos (17,4%), a cor/raça foi registrada como ignorada, refletindo persistentes limitações na completude das declarações de óbito. Os óbitos por epidermólise bolhosa no Brasil entre 2000 e 2023 foram raros, porém concentrados quase exclusivamente no Sudeste, com predomínio absoluto de mortalidade no primeiro ano de vida. O perfil encontrado reflete as formas graves da doença, a dependência de atendimento especializado e a desigualdade regional em diagnóstico, tratamento e registro de condições raras.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

PITIRÍASE RÓSEA DE GILBERT COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Andressa Daiane Ferrazza[1], Eduarda Curcio Duval[1], Luciana dos Santos Martin[1], Giulia Lazzarotto Dendena[1], Rosane Teresinha de Franceschi Merg[1]

1. Hospital Criança Conceição (GHC).

A Pitiríase Rósea de Gilbert (PRG) é dermatose inflamatória aguda, autolimitada, de provável etiologia viral (HHV-6, HHV-7), com predileção por crianças em idade escolar e adolescentes. A forma clássica inicia-se com placa-medalhão eritematoescamosa no tronco, seguida de erupção secundária disseminada em ´árvore de Natal´, poupando face, palmas e plantas. Em pediatria, formas atípicas são frequentes e constituem desafio diagnóstico relevante na prática clínica diária. Adolescente, 13 anos, sexo feminino, asmática em uso de profilaxia, foi trazida à emergência com lesões cutâneas havia oito dias. As lesões surgiram na mão direita com progressão para face, axilas, tronco e membros. Em uso de cefalexina, mupirocina e dexclorfeniramina, sem melhora. Referia prurido intenso, fadiga, inapetência e náuseas, sem febre. Negava contato com indivíduos com lesões semelhantes e uso de novos medicamentos ou alimentos. Ao exame: lesões eritemato-descamativas, ovaladas, pruriginosas, em face, região cervical, axilas (com impetiginização à esquerda), tronco e membros. Laboratoriais sem particularidades, VDRL não reagente, PCR 0,5 mg/dL. Avaliada pela Dermatopediatria, firmou-se hipótese de PRG atípica. Prescrito prednisolona 40 mg/dia por sete dias e dexclorfeniramina. Após 48 horas, houve melhora significativa das lesões e do prurido, com condições de alta e seguimento ambulatorial. Na reavaliação após três dias, houve regressão completa das lesões agudas, com cicatrização adequada, sendo possível a redução gradual de corticoide. A PRG apresenta distribuição atípica frequente na infância, com acometimento de face, extremidades e áreas de dobras, diferindo da forma clássica do adulto. No caso descrito, destacam-se a ausência de placa-medalhão, o acometimento facial e axilar, e a impetiginização secundária. O diagnóstico é clínico, sendo mandatória a exclusão de sífilis secundária por sorologia. O tratamento baseia-se na sintomatologia: em casos disseminados e pruriginosos, corticosteroides sistêmicos, anti-histamínico oral podem ser empregados com boa resposta clínica. O reconhecimento das formas atípicas da PRG em pediatria é essencial para evitar diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários. O caso reforça a importância da avaliação cuidadosa e da exclusão de diagnósticos diferenciais relevantes, sobretudo a sífilis secundária, em todo paciente com exantema papuloescamoso disseminado.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

RELATO DE CASO: INCONTINÊNCIA PIGMENTAR EM RECÉM-NASCIDO

Eduarda Curcio Duval[1], Luciana dos Santos Martin[1], Andressa Daiane Ferraza[1], Giulia Lazzarotto Dendena[1], Rosane Teresinha de Franceschi Merg[1], Juliana Beirao de Almeida Guaragna[1], Francesca Fiori Canevese

1. Hospital da Criança Conceição (HCC).

A Incontinência Pigmentar, também conhecida como síndrome de Bloch-Sulzberger, é uma genodermatose rara de herança dominante ligada ao cromossomo X, causada por mutações no gene IKBKG. Acomete predominantemente indivíduos do sexo feminino e caracteriza-se por envolvimento multissistêmico, afetando principalmente a pele, além de estruturas como dentes, cabelos, unhas, olhos e, em alguns casos, o sistema nervoso central. Paciente do sexo feminino, com 13 dias de vida, apresentou lesões cutâneas, crostosas, com secreção, presentes desde o nascimento e em progressão para couro cabeludo e tronco. Encontrava-se afebril. Foi iniciada antibioticoterapia empírica, com swab de pele positivo para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA). Exames laboratoriais não evidenciaram infecção sistêmica, exceto eosinofilia. Diante das características clínicas, levantou-se a hipótese de Incontinência Pigmentar, confirmada por biópsia de pele. Na avaliação complementar, não foram identificadas alterações neurológicas, com ressonância magnética de crânio normal. Contudo, a avaliação oftalmológica evidenciou neovascularização retiniana extensa, sendo realizada injeção intravítrea de anti-VEGF. Evoluiu com recidiva em olho direito, associada à isquemia retiniana, sendo submetida à fotocoagulação a laser. A paciente recebeu alta após estabilização do quadro e mantém acompanhamento ambulatorial multidisciplinar. A fase inicial da Incontinência Pigmentar pode mimetizar infecções cutâneas, como impetigo neonatal. No caso descrito, o isolamento de MSSA sustentou inicialmente essa hipótese. Entretanto, a ausência de sinais sistêmicos e a eosinofilia periférica favoreceram o diagnóstico diferencial. A confirmação foi obtida por biópsia de pele, conforme descrito na literatura. O acometimento ocular, com neovascularização retiniana, exigiu tratamento com anti-VEGF e fotocoagulação, com risco de recorrência, reforçando a necessidade de seguimento oftalmológico rigoroso. Não houve alterações neurológicas, com exame clínico e ressonância magnética normais, em concordância com a variabilidade clínica da doença. O caso destaca a importância do diagnóstico diferencial com dermatoses infecciosas no período neonatal, bem como do reconhecimento precoce da doença e do seguimento multidisciplinar, especialmente oftalmológico, devido ao risco de complicações visuais.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

SÍNDROME DA PELE ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA EM COINFECÇÃO COM COVID-19: UM RELATO DE CASO

Giovanna Sanagiotto Ross[1], Caroline Hoch Dal Piva[1], Gabriele Tauana de Souza Machado[1], Letiane Montagner Ifarraguirre[1], Henrique Pedott Cornelio[1], Natália da Silva Machado[1]

1. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

A síndrome da pele escaldada estafilocócica (SSSS) é uma, condição dermatológica grave, é mediada por exotoxinas produzidas por *Staphylococcus aureus* que sofrem disseminação hematogênica para a pele, é mais comum em crianças pequenas, a clínica é composta por dor cutânea difusa e eritema associada a bolhas superficiais e descamação, sem acometimento de mucosas, associada a febre, irritabilidade e baixa ingestão oral. No que tange a doença do coronavírus 2019 (COVID-19), trata-se de infecção viral, com vasta sintomatologia e com repercussões cutâneas descritas, podendo atingir até 20% dos pacientes. Este relato de caso visa apresentar o manejo da SSSS em coinfecção com COVID-19. Paciente masculino, 12 meses, apresentou lesão crostosa em dorso e couro cabeludo 15 dias antes da internação, após surgimento de pápulas que progridem com descamação disseminadas em axilas, tórax, região inguinal e dorso, e edema palpebral bilateral associada à secreção ocular bilateral de coloração purulenta. Febre com pico de 38,8 ºC e coriza hialina com 24h de progressão. Oligúria no dia da internação. O RT-PCR da nasofaringe foi positivo para COVID-19. O tratamento escolhido foi oxacilina 200 mg/kg/dia, endovenosa, por 10 dias, recebendo também suporte hídrico. Realizado se cultura por swab de secreção ocular e nasal para investigação de *S. aureus* MRSA que não houveram crescimento, bem como acompanhamento de função renal. Paciente apresentava lesões compatíveis por infecção por *S. aureus* e disseminação de endotoxinas foi exacerbado após infecção concomitante com COVID-10. Há autores que sugerem a infecção SSSS como pós-viral devido à produção desregulada de IFN-α, sendo o vírus um promotor das proliferação das cepas produtoras de exotoxinas de *S. aureus*, contudo, essa teoria não foi confirmada. Os pródromos da SSSS e da COVID-19 convergiram no paciente, devido a isso, postula-se que a infecção por COVID-19 tenha atuado como promotor de superinfecção bacteriana, a síndrome da pele escaldada estafilocócica, por paciente já colonizado por *S. aureus*.

Área: Dermatologia
PORTO ALEGRE/RS

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASSOCIADA AO USO DE FENOBARBITAL EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

Kethury Aline Nunes Paizante[1], Maria de Lourdes Martins Pereira Jager[1,2], Katherine Bielemann Ely[1], Larissa Prado da Fontoura[1], Emanuele Alexandre Cardoso[1], Laura de Ross Rossi[1], Aline Scheer da Silva Garcia[1], Deisy Cristiane Martins Goularte[1], Juliana Siqueira de Souza Alves[1,2], Davi de Paula[1]

1. Universidade FEEVALE, 2. Hospital Regina.

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação cutânea grave, geralmente induzida por medicamentos, caracterizada por necrose e descolamento da epiderme (<10% da superfície corporal) e acometimento de mucosas. É rara na pediatria, porém potencialmente fatal, com elevada morbidade e risco de sequelas. O reconhecimento precoce e a suspensão do agente causal são fundamentais para o prognóstico. Paciente pré-escolar, J.M.R.A. do sexo masculino, com história de crises convulsivas febris, em uso de fenobarbital há 11 dias. Apresentou lesões cutâneas pruriginosas e dolorosas associadas à febre, sendo inicialmente tratado sintomaticamente, sem melhora, evoluindo com piora e necessidade de encaminhamento a hospital de referência. Ao exame, observavam-se placas eritematosas, lesões em alvo, bolhas cutâneas e acometimento das mucosas oral, ocular e genital. Suspeitou-se de SSJ, com suspensão imediata do fármaco. A biópsia cutânea foi compatível com SSJ, evidenciando necrose de queratinócitos, formação de bolha subrabasal e tecido necrótico com exsudato fibrino-neutrocitário. Instituiu-se tratamento de suporte com analgesia, lubrificação ocular, oxacilina, além de cuidados com hidratação das lesões. O paciente permaneceu internado por 16 dias, evoluindo com melhora clínica e alta sem sequelas. A SSJ está frequentemente associada a medicamentos, sendo os anticonvulsivantes responsáveis por cerca de 18–19% dos casos. O fenobarbital destaca-se, especialmente nas primeiras semanas de uso. O diagnóstico é clínico, podendo ser confirmado por biópsia. O tratamento baseia-se na suspensão imediata do agente causal e em medidas de suporte. A SSJ é uma condição grave que exige reconhecimento precoce. A associação com anticonvulsivantes deve ser considerada, sendo a suspensão imediata do fármaco essencial para reduzir a morbimortalidade. A orientação aos familiares é fundamental para a identificação precoce dos sinais de alerta.

Área: Dermatologia
NOVO HAMBURGO /RS

USO DE METOTREXATO NO TRATAMENTO DO VITILIGO PEDIÁTRICO COM REPIGMENTAÇÃO SIGNIFICATIVA: RELATO DE CASO

Laura Fripp Thomaz[1], Joice Brião Göebel Pinto[1], Isadora Lappe Mallmann[1], Isabela Prado Vanzato Crespo[1], Manuela Dorigatti Gargioni[1], Márcio Lôndero Barreto Filho[1], Victória Menegotto Nader[1], Laura Maissiat Bacelo[1], Antonio Beltrão[1], Guilherme Avila de Souza Cunha[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Vitiligo é uma dermatose crônica adquirida caracterizada por máculas acrômicas decorrentes da destruição autoimune dos melanócitos, com impacto psicossocial relevante na infância. Em pacientes pediátricos, as opções terapêuticas incluem corticoides tópicos, inibidores de calcineurina e fototerapia, porém casos extensos ou progressivos podem demandar terapia sistêmica. Paciente do sexo feminino, 9 anos, com diagnóstico de vitiligo não segmentar há 3 anos, apresentando manchas acrômicas em região de vulva, membros e dorso, com aumento progressiva. Havia sido previamente tratada com mometasona creme associado a minipulso de dexametasona 4mg, sem resposta satisfatória. Optou-se por iniciar metotrexato na dose de 7,5mg/semana, associado a ácido fólico 5mg/semana, mantendo mometasona creme 1x/dia em semanas intercaladas, com monitorização clínica e laboratorial periódica. Após 12 semanas, observou-se estabilização das lesões e repigmentação em áreas previamente acrômicas, sem efeitos adversos significativos. O vitiligo pediátrico pode apresentar curso progressivo e impacto emocional importante, justificando abordagem terapêutica eficaz e segura. O metotrexato atua por modulação imunológica, reduzindo a atividade autoimune contra melanócitos, sendo descrito como alternativa em casos extensos ou refratários. Embora seu uso em crianças com vitiligo ainda não seja amplamente padronizado, estudos sugerem potencial benefício na estabilização da doença e indução de repigmentação, com perfil de segurança aceitável sob acompanhamento adequado. Este caso reforça o papel do metotrexato como opção terapêutica em vitiligo pediátrico selecionado, destacando resposta clínica satisfatória e boa tolerabilidade, contribuindo para a validação de um medicamento antigo e já consagrado na dermatologia e de fácil acesso, que ainda ganha papel de destaque dentro das alternativas de manejo nessa faixa etária.

Área: Dermatologia
CAPÃO DO LEÃO /RS