PD_19
SÍNDROME GIANOTTI-CROSTI E ONICOMADESE EM CRIANÇA COM INFEÇÃO AGUDA POR PARVOVÍRUS

Carmo Ferreira[1]; Fábia Carvalho[1]; Inês Medeiros[1]; Ana Paula Vieira[2]; Helena Silva[1]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2 - Serviço de Dermatologia do Hospital de Braga

Introdução: A infecção por Parvovírus cursa em 25% dos casos com manifestações cutâneas, sendo o síndrome Gianotti-crosti (SGC) pouco frequente. O SGC é uma manifestação autolimitada de acrodermatite papulo-vesicular associada a infeções víricas nomeadamente por Parvovírus B19, Epstein-Barr (EBV), Coxsackie vírus, entre outros. Onicomadese é o destacamento espontâneo e indolor da unha pelo extremo proximal, consequente a doenças inflamatórias com atingimento da matriz ungueal.

Caso Clínico: Relata-se o caso de uma criança de 22 meses, sexo masculino, admitido no Serviço de Urgência por febre e congestão nasal com 24 horas de evolução. Apresentava exantema pruriginoso de tipo papulo-vesicular simétrico, com distribuição de predomínio acral, atingindo mãos e pés incluindo palmas e plantas, períneo e região peribucal, com lesões monomorfas entre 2-5mm. Objectivaram-se ainda pústulas e crostas perinasais assim como enantema maculopapular do palato, com exsudado amigdalino em toalha. Analiticamente salientava-se leucocitose (18000/uL) com neutrofilia (10200/uL) e elevação de transaminases duas vezes o limite superior. Do estudo etiológico verificou-se pesquisa de streptococus do grupo A na orofaringe negativo, IgM e DNA de parvovírus B19 positivos com IgG negativa. IgM e DNA de CMV, Varicela, Herpes e EBV assim como RMN de coxsackie A9/16/B5 e enterovírus 71 negativos. O quadro clínico foi interpretado como SGC com sobreinfeção bacteriana, pelo que cumpriu 10 dias de amoxicilina e clavulanato. Em D3 de doença iniciou progressão das lesões da face para crosta e descamação das extremidades, com total resolução em 10 dias. Após 4 semanas das primeiras lesões, ocorreu onicomadese nas mãos e pés.

Comentários: A exuberante manifestação cutânea observada neste caso é invulgar, porém autolimitada e sem sequelas. A associação de onicomadese não acarreta agravamento do prognóstico embora seja frequentemente factor de preocupação para os pais e profissionais de saúde.

PD_20
EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA: CASO CLÍNICO

Cristiana Martins[1], Gabriela Pereira[1]

[1] Serviço de Pediatria Cento Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Unidade de Chaves

Introdução: O edema hemorrágico agudo da infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica rara e benigna. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de lesões purpúricas na face, pavilhões auriculares, escroto, extremidades e raro atingimento do tronco, associadas a edema das extremidades e por vezes febre baixa.

A sua etiologia é desconhecida, embora se considere uma vasculite mediada por imunocomplexos em resposta a estímulos antigénicos. Em 75% dos casos é precedida de uma infeção vírica ou bacteriana, imunização ou exposição a fármacos. Ocorre mais frequentemente no inverno e tipicamente atinge crianças entre os 4 e 24 meses sendo mais frequente no sexo masculino.

O EHAI tem apresentação semelhante à púrpura de Hennoch-Schonlein. Outros diagnósticos diferenciais são meningococemia, eritema multiforme e doença de Kawasaki. O diagnóstico é clínico. A biópsia de pele mostra necrose fibrinóide, infiltração de neutrófilos e células monucleares e leucocitoclase. A imunofluorescência direta pode revelar depósitos vasculares de C1q, C3 e fibrinogénio.

Não existe tratamento específico e a resolução sem complicações ocorre cerca de 3 semanas depois. A corticoterapia não altera o curso da doença, mas pode considerar-se em caso de envolvimento articular.

Caso Clínico: Latente de 12 meses, sexo masculino, habitualmente saudável, levado ao serviço de urgência por quadro de obstrução nasal e tosse com 7 dias de evolução associado a aparecimento súbito de exantema purpúrico no membro inferior esquerdo com progressão para a face, membro inferior direito e região nadegueira. Sem febre. Sem história recente de vacinação ou ingestão de fármacos. Sem hematúria. Ao exame objetivo apresentava bom aspeto geral, exantema com placas purpúricas palpáveis, anulares, com bordos bem definidos na face, extremidades, pavilhões auriculares, nádegas e escroto, edema na articulação tibiotársica direita. O restante exame objetivo não apresentava alterações. Dos exames complementares de diagnóstico realizados verificou-se: hemoglobina, ionograma, função hepática, função renal, exame sumário de urina normais, trombocitose (474000/µl), PCR 0,79 mg/dL, imunoglobulinas A, G, M normais e E elevada.

Foi medicado com betametasona 0,1 mg/kg/dia. Verificou-se resolução do quadro ao fim de 3 semanas, sem complicações.

Comentários: O EHAI tem um início súbito e um curso benigno e autolimitado. Pretende-se com este caso alertar para esta entidade, a fim de evitar uma preocupação e investigação exaustivas.