



Dermatite atópica grave não responsiva ao tratamento: relato de caso

Raissa Barbosa Matolla de Alencar, Anna Carolina Silva da Fonseca,
Paula Cristine Ferreira de Brito, Anna Carolina Nogueira Arraes,
Assunção Maria de Castro, Gabriela Coelho Dias, Maria Ines Perelló Lopes,
Natalia Rocha do Amaral Estanislau, Eduardo Costa de Freitas Silva

Apresentação do caso: Mulher de 53 anos com história de asma e rinite na infância, iniciou quadro de dermatite atópica grave aos 28 anos. Sem melhora após tratamento convencional (hidratação e corticoide tópico), imunoterapia para ácaros, e também a imunossupressores tópicos e sistêmicos. Paciente apresenta lesões eczematosas, pruriginosas e nodulares difusas, poupando somente a face, e presença de lesões cicatriciais hipocrômicas e liquenificação. SCORAD: 94.1. Laboratório com eosinofilia e IgE sérica elevada (24.168 mg/dL). A apresentação e o comportamento atípico da doença levaram a vasta investigação diagnóstica, excluindo doenças infecciosas, neoplasias hematológicas e dermatológicas. Sendo assim foi indicada terapia com imunobiológico anti IL-4 (Dupilumabe). **Discussão:** A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica de etiologia multifatorial que se manifesta sob a forma de eczema, e geralmente está associada a outras manifestações atópicas. 60% dos casos de DA ocorrem no primeiro ano de vida, e em 70% há melhora gradual até o final da infância. Estudos recentes estimaram prevalência de DA ao redor de 10% no adulto. A doença iniciada na idade adulta tende a ser persistente. O tratamento convencional consiste na hidratação visando a estabilização da função da barreira epidérmica; controle da inflamação e prurido; e eliminação de fatores desencadeantes. Em casos resistentes ao tratamento convencional, é indicada imunossupressão sistêmica. A imunoterapia alérgico-específica pode ser utilizada como tratamento adjuvante. Mais recentemente os imunobiológicos passaram a ser opção para o tratamento de casos graves/refratários. **Comentários finais:** A paciente apresenta início tardio da doença e não responsividade aos tratamentos empregados, sendo então indicado o uso de imunobiológico.



Dermatite atópica refratária a imunossupressor, responsiva a bandagens úmidas - Relato de caso

Pedro Henrique De Angeli Bubach, Nathália Sousa Vital,
Caroline dos Santos Cezar Ferreira, Rafaela Rola Leite Guimarães,
Fernanda Pires Cecchetti Vaz, Danielle Kiertsman Harari,
Inês Cristina Camelo Nunes, Márcia Carvalho Mallozi, Dirceu Solé

Apresentação do caso: Paciente G.B., masculino, 17 anos, acompanhado no ambulatório de alergia pediátrica desde abril de 2010; encaminhado da oftalmologia com conjuntivite alérgica grave associada a asma, rinite alérgica e dermatite atópica (DA). Quadro de dermatite atópica iniciou aos 2 anos, ficou sem acompanhamento e tratamento até que foi iniciado atendimento ambulatorial. Realizado *prick test* com sensibilização para camarão, *Blomia tropicalis* e *Blatela germânica*. Paciente com SCORAD 88 na consulta inicial, realizou inúmeros tratamentos sem sucesso e em setembro 2010 iniciado ciclosporina sistêmica devido uso frequente de corticoides orais e consequente osteoporose. Suspenso em 2012 por má resposta ao imunossupressor. Em 2017 paciente realizou bandagens úmidas com emolientes e triancinolona em nosso ambulatório com melhora significativa da DA (lesões e prurido), mostrando-se mais promissora que a ciclosporina que tinha sido novamente reintroduzida. **Discussão:** A DA é doença inflamatória sistêmica crônica, afeta principalmente a faixa etária pediátrica. Os pacientes em geral manifestam-se com eczema atópico, xerodermia e prurido. Entre os desencadeantes estão os agentes infecciosos, alérgenos alimentares e aeroalérgenos. O diagnóstico é clínico. O tratamento básico é hidratação, controle da inflamação e do prurido, entretanto alguns pacientes são refratários a esta terapêutica, necessitando de imunossupressão sistêmica como nosso caso. DA é uma doença complexa, e por isso esses pacientes e suas famílias necessitam de grupos de apoio e equipe multidisciplinar para melhor assistir a esses casos. **Comentários finais:** Ressaltamos com esse caso a importância do bom relacionamento médico-paciente, a necessidade da proximidade com as famílias afim de promover uma boa aderência ao tratamento. A excelente resposta à bandagem úmida mesmo em casos refratários ao tratamento com imunossupressor é muito significativa, visando a integridade da barreira cutânea como um pilar da homeostasia da pele.

Síndrome de Sézary: um diagnóstico diferencial em dermatite atópica

Ana Luísa Vieira Bessa Sousa, Mariana Eller de Camargo,
Luiz Fernando Bacarini Leite, Wilma Carvalho Neves Forte,
Talua Bueno Morandim, Mariana Silva Mello, Marcelo Fabio Lancia Barbosa

Apresentação do caso: Mulher, 51 anos, encaminhada por dermatite atópica (DA) e rinite alérgica com lesões pruriginosas em todo o corpo e em uso de corticosteroide oral há 4 anos. Biópsia de pele há 2 anos revelava espongiose. Ao exame físico: eritrodermia difusa, lesões eczematosas difusas e pruriginosas, xerose cutânea, adenomegalia axilar e inguinal. Exames: IgE 1.370 U/ml; IgE específica positiva para ácaros e epitélio de cão; hemograma 7.760 leucócitos/mm³, 776 células com aspecto linfóide, núcleo com cromatina densa e convoluto; DHL 757 U/L (240-480 U/L). Foi suspenso corticosteroide de forma gradativa e solicitado nova biópsia de pele com imunohistoquímica para descartar neoplasia cutânea. A biópsia revelou dermatite perivascular superficial espongiótica e hiperplasia epidérmica; a imunofenotipagem mostrou 23% de linfócitos predominantemente pequenos, 19% com núcleos cerebriformes, CD19 (7.6%), CD3 (84%) com expressão bimodal, CD4 (75,8%) de fraca intensidade, CD8 (11,87%), CD5 (85,18%), CD7 (48%) e negativo para CD25. Feito o diagnóstico de síndrome de Sézary e iniciado interferon alfa pelo serviço de dermatologia, além de fototerapia, com normalização do hemograma. **Discussão:** Os linfomas cutâneos de células T/NK de comportamento agressivo incluem a síndrome de Sézary, um linfoma raro de células T, que compromete primariamente a pele, podendo acometer linfonodos, sangue e diferentes órgãos. A apresentação cutânea é semelhante à DA, devido às lesões eczematosas e descamativas, com eritrodermia e podendo ter aumento de IgE sérica total e específica. **Considerações finais:** Este caso mostra a necessidade do diagnóstico diferencial de DA, principalmente em adultos com eritrodermia associada.