

## PO16\_25

### QUANDO O ERITEMA PERINEAL NÃO PASSA...

Liliana Teixeira<sup>1</sup>, Inês Duro<sup>1</sup>, Helena Silva<sup>1</sup>, Rosa Lima<sup>1</sup>, Ana Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** O eritema perineal é a alteração cutânea mais comum nos lactentes e crianças, sendo a dermatite da fralda – dermatite de contato irritativa e a candidíase perineal as principais causas. Contudo, perante um eritema perineal que não melhora devemos pensar noutras etiologias como por exemplo alergia às proteínas do leite de vaca, acrodermatite enteropática ou histiocitose de células de langerhans.

**Descrição Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, atualmente com 20 meses de idade, fruto de uma gravidez vigiada, parto eutócico às 35 semanas, índice de APGAR 10/10 (1º/5ºmin) e somatometria adequada à idade gestacional. Pai com antecedentes de asma e rinite alérgicas. No 8º dia de vida iniciou um eritema perineal exuberante, assimétrico, refractário ao tratamento tópico com corticóide e antifúngico e de agravamento progressivo. Sem outras lesões cutâneas associadas. Por volta do 1º mês de vida houve o aparecimento de úlceras perineais, associado a dejeções diarréicas com muco, sem sangue. Sob aleitamento materno (LM) exclusivo, sem vômitos e com evolução ponderal adequada. Nesta altura é colocada a hipótese de alergia às proteínas do leite de vaca (APLV). Do estudo complementar destaca-se: hemoglobina 16.4 g/dL, leucócitos 16.450/μL (neutrófilos 2.800/μL, linfócitos 11.020/μL, eosinófilos 820/μL), PCR <1 mg/L, exame virológico e bacteriológico de fezes negativos, elastase fecal normal – 501 μg/g, e calprotectina elevada – 534 μg/g. Foi iniciada evicção estrita de produtos lácteos da dieta materna com ligeira melhoria. Aos 2 meses de idade foi suspenso o LM e iniciado leite extensamente hidrolisado (LEH) com melhoria clínica e completa resolução das lesões perineais. Doseamento de IgE's específicas para leite, alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina e caseína negativas – APLV não IgE mediada. Manteve LEH até aos 12 meses de idade, tendo realizado prova de provocação com leite de vaca aos 13 meses que foi negativa pelo que reiniciou leite de vaca, encontrando-se atualmente assintomática.

**Comentários:** Esta apresentação clínica não é a mais habitual na APLV mas a presença de outros achados como a existência de fissuras e úlceras, bem como a presença de muco ou sangue nas fezes são preditores desta etiologia. O tratamento passa por dieta de evicção e a reavaliação de aquisição de tolerância deve ser realizada 3-12 meses após o início do tratamento.

**Palavras-chave:** eritema perineal, úlceras perineais, alergia às proteínas do leite de vaca

## PO16\_26

### TUMEFACÇÃO DA REGIÃO FRONTAL – SERÁ HEMATOMA?

Cláudia João Lemos<sup>1</sup>, Liliana Teixeira<sup>1</sup>, Alexandre Fernandes<sup>1</sup>, Catarina Sousa<sup>2</sup>, Ana Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

<sup>2</sup> Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** As tumefacções na região frontal do crânio numa criança saudável são habitualmente pós-traumáticas. Os autores apresentam um caso clínico que ilustra a importância da pesquisa de outras etiologias.

**Caso Clínico:** Criança sexo feminino de 15 meses, sem antecedentes patológicos relevantes, sem história de infeções respiratórias, com boa evolução estatura-ponderal e desenvolvimento psico-motor normal.

Observada na consulta de Pediatria por tumefacção na região frontoparietal esquerda com cerca de 4 semanas de evolução, com rubor intermitente, não dolorosa. Não frequente infantil, estando aos cuidados dos pais que negam traumatismo prévio, febre, anorexia, perda ponderal ou alterações do comportamento. Ao exame objetivo apresentava tumefacção com cerca de 3x4cm, na região fronto-parietal esquerda, com consistência mole, não móvel, sem sinais inflamatórios associados e sem alteração da pigmentação. A radiografia de crânio demonstrou área unilateral hipertransparente de limites bem definidos na região frontoparietal e a ecografia revelou imagem focal, relativamente circunscrita, com aparente interrupção da calote, medindo 29x16 mm, com padrão ecostrutural interno complexo. A tomografia computadorizada cranio-encefálica confirmou lesão ocupando espaço, centrada na calote craniana frontal esquerda, com destruição óssea, apresentando margens ósseas biseladas e massa com densidade de tecidos moles algo heterogénea, de limites regulares e bem definidos. Avaliada por Neurocirurgia que colocou a hipótese de quisto dermóide, orientando-se para exérese da lesão. Radiografia de corpo inteiro sem alterações osteo-articulares e analiticamente sem alterações relevantes.

Cerca de 1 mês depois, aparecimento de lesão exofítica da arcada dentária inferior à esquerda, discretamente sangrante, pelo que foi orientada para o IPO do Porto.

**Discussão:** Apesar da maioria dos casos de tumefacção do crânio resultarem de traumatismos, no caso apresentado o tempo de evolução da mesma e as suas características motivaram uma investigação da etiologia.