



Trabalhos Científicos

Título: Pênfigo Foliáceo

Autores: MAGALÍ TÁBATA TIBURTINO DE SOUZA (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL), ADRIANA PRAZERES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL), MARIELLI DE CASTRO CUNHA (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL)

Resumo: RESUMO: O Pênfigo Foliáceo (PF) pertence ao grupo das dermatoses bolhosas intraepidérmicas autoimunes, cujas características principais são a acantólise (perda de adesão dos queratinócitos) e a ausência de envolvimento das mucosas. No Brasil destacam-se as regiões Centro-Oeste e Sudeste como áreas endêmicas, sendo os casos mais observados em zonas rurais. Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, 8 anos, natural e procedente de Campo Grande (MS) com surgimento de pápulas em região cervical anterior que evoluíram para pústulas e crostas associadas a prurido e ardência há 45 dias com disseminação para couro cabeludo, tronco e região genital. Biópsia de pele evidenciou dermatite bolhosa subcórnea compatível com Pênfigo Foliáceo, sendo iniciada corticoterapia sistêmica. Como não houve melhora clínica e com o advento de vários efeitos colaterais, optou-se pela troca da Prednisona (2 mg/kg/dia) por Dapsona (100 mg ao dia) com sucesso terapêutico rápido. Não surgiram novas bolhas e as lesões antigas (crostas e exulcerações) cicatrizaram deixando apenas hiperpigmentação residual. As lesões iniciais do PF distribuem-se preferencialmente pelas áreas ditas seborreicas (couro cabeludo, face, região pré-esternal, interescapular) e são caracterizadas por bolhas de teto frágil que rapidamente se rompem para deixar áreas erodadas, inicialmente eritematosas que se tornam escamo-crostosas. A possibilidade de Pênfigo Foliáceo deve ser sempre considerada diante de um paciente com lesões bolhosas ou erodadas acompanhadas de prurido e ardência. A evolução é crônica e às vezes fatal. Biópsia de pele (lesão bolhosa ou borda de lesão ulcerada) evidenciando acometimento intraepidérmico associada a quadro clínico compatível são suficientes para confirmação diagnóstica e início do tratamento. O mesmo deve ser feito com corticoterapia sistêmica (Prednisona ou Prednisolona), sendo que em casos leves doses menores de corticoterapia oral, Dapsona e corticoides tópicos são opções.