

contato, o teste de contato é essencial, não só para diagnóstico diferencial como para detectar o alérgeno causador. Identificá-lo é importante, uma vez que as substâncias presentes no *slime* fazem parte da composição dos produtos de uso cotidiano dos pacientes, como shampoos, sabonetes e cremes. Desse modo, caso não haja um diagnóstico preciso, a dermatite pode evoluir com recidivas pela manutenção do contato com o alérgeno, aumentar a morbidade e dificultar o controle da doença.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Nabila Scabine Pessotti: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Mariana de Figueiredo Silva Hafner: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Mellanie Starck Possa: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Rosana Lazzarini: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Asher C, Dalan R, Aly MI. Home-made SlimeTM: a novel cause for pediatric burns' referrals; do we need to raise awareness? *Burns*. 2018;44:1613.
2. Heller E, Murthy AS, Jen MV. A slime of the times: Two cases of acute irritant contact dermatitis from homemade Slime. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:139–41.
3. Piazza CD, Cestari SCP. Contact dermatitis from Do-It-Yourself Slime. *An Bras Dermatol*. 2018;93:944.
4. Anderson LE, Treat JR, Brod BA, Yu J. SlimeTM contact dermatitis: Case report and review of relevant allergens. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:335–7.

Nabila Scabine Pessotti ^a,
Mariana de Figueiredo Silva Hafner ^a,
Mellanie Starck Possa ^b
e Rosana Lazzarini ^{a,*}

^a *Setor de Alergias Cutâneas, Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

^b *Curso de Aperfeiçoamento em Alergias Cutâneas, Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: rosana.fototerapia@gmail.com (R. Lazzarini).

Recebido em 24 de abril de 2019; aceito em 9 de junho de 2019
Disponível na Internet em 21 de abril de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Onicomadese secundária à síndrome mão-pé-boca: relato de dois casos^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A onicomadese secundária à síndrome mão-pé-boca é manifestação relativamente incomum, porém assustadora para os pais e cuidadores das crianças acometidas. Em relato de série de 145 casos da Tailândia, a onicomadese ocorreu em 5% a 37% dos casos, dependeu do vírus causador.¹ A síndrome mão-pé-boca é causada por vírus Cocksackie, o subtipo A6 é o mais comum, alguns por Enterovirus e Echovirus. É mais comum em crianças abaixo dos 10 anos,² com sintomas semelhantes a

processo gripal (febre, linfonodomegalia, náuseas e vômitos, mal-estar) associados a ulcerações tipo aftas na mucosa oral e vesículas nas mãos e pés. Entretanto, pode ocorrer transmissão oral-fecal por até 30 dias, mesmo com o cessar dos sintomas em 7 a 10 dias. As alterações ungueais mais comuns da síndrome mão-pé-boca são: linhas de Beau, leuconíquia e a onicomadese.³ As linhas de Beau são sulcos transversos esbranquiçados resultantes da parada temporária de formação da placa ungueal.³ A onicomadese seria forma mais grave desse acometimento. Quando ocorre parada do crescimento ungueal por uma a duas semanas resulta no descolamento da placa em relação ao leito ungueal. A nova unha cresce sem conexão com a unha anterior, ocorre separação e descolamento da unha antiga. Foi proposto que essa alteração seja por ação tóxica direta do vírus na matriz ou pela inflamação secundária à maceração das bolhas digitais.⁴ De acordo com série de casos,¹ a onicomadese é mais comum na síndrome mão-pé-boca causada por vírus Cocksackie A6 do que por outros vírus. Outro estudo espanhol,⁵ que investigou um surto de onicomadese (311 casos) demonstrou alta frequência de síndrome mão-pé-boca como possível causa (60%), identificou tanto vírus Cocksackie quanto da família Enterovirus em amostras fecais. O tratamento para a síndrome é sintomático, já que se trata de doença autolimitada com raras sequelas. Apresentamos dois casos de pacientes com onicomadese secundária à síndrome

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.06.011>

[☆] Trabalho realizado na Clínica Tiradentes, Araçatuba, SP, Brasil.

^{☆☆} Como citar este artigo: Ocanha-Xavier JP, Xavier Jr JCC. Onychomadesis secondary to hand-foot-and-mouth disease: report of two cases. *An Bras Dermatol*. 2020;95:266–268.

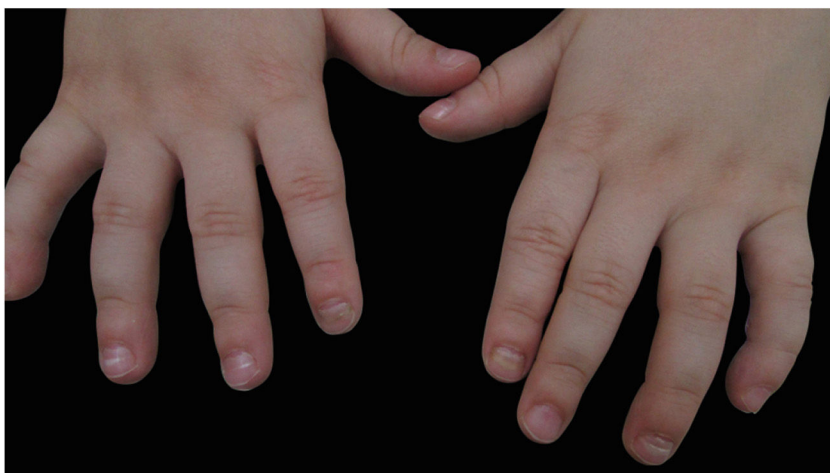


Figura 1 Mãos do paciente com 3 anos, mostrando linhas de Beau em quase todas as unhas e onicomadese nos segundos e quartos dedos (bilateralmente) e quarto dedo da mão esquerda.



Figura 2 Mão direita da paciente com 7 anos, mostra onicomadese em terceiro e quarto dedos.



Figura 3 Detalhe do primeiro dedo da mão direita da paciente de 7 anos, mostrando o descolamento da unha antiga em relação à nova.

mão-pé-boca, um em paciente de 3 anos do sexo masculino (fig. 1) e outra em paciente de 7 anos do sexo feminino (figs. 2 e 3). O diagnóstico para a síndrome mão-pé-boca para ambos os casos foi clínico, com história de sintomas gripais que evoluíram com lesões orais e acrais. As alterações ungueais ocorreram por volta de 14 dias após o início dos sintomas no primeiro caso e 10 dias no segundo. Ambos evoluíram com melhora completa das alterações ungueais, sem tratamento específico e sem sequelas. A orientação adequada dos pais sobre essa manifestação se faz necessária para evitar condutas intempestivas e consultas emergenciais desnecessárias.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Juliana Polizel Ocanha Xavier: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêu-

tica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

José Cândido Caldeira Xavier Junior: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse


Nenhum.

Referências

1. Wei SH, Huang YP, Liu MC, Tsou TP, Lin HC, Lin TL, et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect Dis.* 2011;11:346.
2. Kimmis BD, Downing C, Tying S. Hand-foot-and-mouth Disease Caused by Coxsackievirus A6 on the Rise. *Cutis.* 2018;102:353–6.

3. Mortada I, Mortada R, Bazzal MA. Onychomadesis in a 9-month-old boy with hand-foot-mouth disease. *Int J of Emerg Med.* 2017;10:26.
4. Akpolat ND, Karaca N. Nail changes secondary to hand-foot-mouth disease. *Turk J Pediatr.* 2016;58:287–90.
5. Davia JL, Bel PH, Ninet VZ, Bracho MA, Candelas FG, Salazar A, et al. Onychomadesis Outbreak in Valencia, Spain Associated with Hand Foot, and Mouth Disease Caused by Enteroviruses. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:1–5.

Juliana Polizel Ocanha Xavier  ^{a,*}

e José Cândido Caldeira Xavier Junior  ^b

^a Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Unisaesiano, Araçatuba, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: jpocanha@gmail.com (J.P. Xavier).

Recebido em 5 de março de 2019; aceito em 13 de junho de 2019
Disponível na Internet em 13 de abril de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Mucinosose folicular idiopática na infância ☆☆☆



Prezado Editor,

A mucinosose folicular é doença de ocorrência rara, pertencente ao grupo das mucinoses cutâneas, caracterizada por depósitos localizados ou difusos de mucina na pele ou folículos pilosos. Dois tipos foram descritos: primário, ou idiopático, e secundário. Pode estar associada a doenças benignas ou malignas.¹

Clinicamente é caracterizada pela presença de pápulas ou placas papulosas, eritematosas ou eritemato-acastanhadas, bem delimitadas. Queratose folicular ou áreas de alopecia também podem ser observadas. Outras apresentações menos frequentes já foram descritas, como acneiforme, eczematosas, cística ou nodular.²

Paciente do sexo masculino, branco, 11 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de interesse, com história de lesão cutânea, assintomática, na face havia 2 anos.

Ao exame dermatológico: lesão hipocrômica encimada por pápulas brilhantes foliculares e não foliculares na região periocular esquerda, nasal, malar e zigomática, lesões papulosas na pálpebra superior direita e discreto edema palpebral esquerdo (fig. 1). Testes de sensibilidade superficial normais.

O exame anatomopatológico de rotina (Hematoxilina & eosina) revela epiderme preservada. Derme apresenta alguns folículos pilosos com material fibromixóide no estroma e algumas células inflamatórias de padrão misto (fig. 2). No Alcian Blue presença de mucina na bainha externa do folículo piloso (fig. 3).

Exames laboratoriais para exclusão de doenças associadas foram solicitados, todos normais.

Tratado com corticoide tópico de alta potência diariamente com melhoria, porém recidiva quando interrompido.

Em 1957, Hermann Pinkus descreveu um grupo de 6 pacientes com alopecia localizada, caracterizada histopatologicamente pela deposição de mucina nos folículos pilosos, a qual deu o nome

de alopecia mucinosa. Jablonska et al., em 1959, substituiu essa denominação por mucinosose folicular, termo aceito até hoje.³

Sua causa permanece desconhecida. Atualmente é considerada um padrão de reação do epitélio folicular a diversos fatores.¹

Essa dermatose pode ter duas variantes clínicas:^{1,2,4}

1. Primária, considerada uma forma idiopática, benigna e transitória, que pode ocorrer mais comumente em crianças e adultos. Em jovens tende a comprometer o segmento cefálico e pescoço, regride espontaneamente após 2 a 24 meses, na maioria das vezes. Foram observados casos raros de desenvolvimento da doença de Hodgkin, outros linfomas e leucemia. Em adultos observam-se lesões generalizadas, que podem durar indefinidamente.⁴

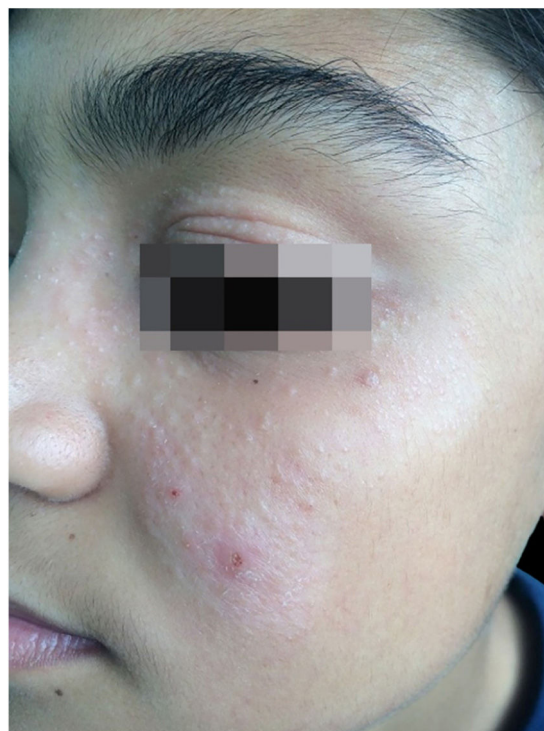


Figura 1 Lesão hipocrômica encimada por pápulas brilhantes.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.06.010>

☆ Como citar este artigo: Bauer FJ, Almeida JRP, Sementilli A, Mattos e Dinato SL. Idiopathic follicular mucinosis in childhood. *An Bras Dermatol.* 2020;95:268–70.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Guilherme Álvaro, Santos, SP, Brasil.