

coxa e perna, achados estes restritos ao membro inferior direito. Foi realizada biopsia incisional que revelou infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário perivascular, perianexial e intersticial em toda a espessura da derme com espessamento e hialinização do colagénio da derme e dos septos interlobulares, achados estes sugestivos de morfeia inflamatória, em fase activa ou “de anel lilás”. Foi pedida serologia para *Borrelia burgdorferi* que revelou positividade para Ig G, sendo negativa para Ig M. A doente negava picada ou mordedura de artrópodes, nomeadamente de carraça. Estabelecido o diagnóstico foi instituída terapêutica com prednisolona (dose inicial de 20 mg/dia, em descontinuação progressiva em um ano), com melhoria franca do eritema das áreas atingidas. Atendendo a que não houve manifestações de infecção por *Borrelia burgdorferi* tendo-se apenas detectado cicatriz serológica sugestiva de infecção antiga, não foi efectuado tratamento antimicrobiano para doença de Lyme. Este caso permite lembrar que o eventual papel da *Borrelia burgdorferi* como agente causador de morfeia é controverso, coexistindo na literatura relatos que sugerem esta associação e estudos que não comprovam uma correlação estatisticamente significativa.

P08 - Carcinoma espino-celular verrucoso da mão em doente com infecção HIV

¹Pedro Vasconcelos; ²D. Lopez; ³N. Verdasca; ⁴R. Esteves; ¹C. Tapadinhas

¹*Serviço de Dermatologia; Hospital de Santa Maria; Lisboa;* ²*Serviço de Anatomia Patológica; Hospital de Santa Maria; Lisboa;* ³*Departamento de Doenças Infecciosas; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Lisboa;* ⁴*Serviço de Cirurgia I; Hospital de Santa Maria; Lisboa*

O carcinoma espino-celular verrucoso é um tipo de carcinoma espino celular habitualmente associado à infecção pelo HPV (sobretudo pelos tipos 6 e 11), que afecta sobretudo a superfície plantar dos pés e as mucosas oral e genital. A sua incidência nas mãos é substancialmente mais rara. Reportamos o caso de um doente do sexo masculino, de 35 anos, com infecção HIV e critérios de SIDA, diagnosticada em 2003, seguido em consulta de Dermatologia em 2006 por verrugas virais exuberantes das mãos e pés, refratárias à terapêutica tópica e crioterapia. Após 5 anos de abandono de todo o tipo de acompanhamento médico, o doente voltou à consulta em 2011. Referiu então a remissão espontânea das verrugas, anos antes, com exceção de lesão do primeiro dedo da mão que progrediu para tumor exofítico volumoso. A biopsia do tumor foi de carcinoma espino-celular. Decidiu-se proceder à amputação do dedo pela diáfise da 1ª falange. O exame histopatológico da peça operatória mostrou carcinoma espino-celular verrucoso. Foi efectuada pesquisa de HPV por hibridização in situ (para os tipos 6, 8, 11, 18, 31 e 33) que foi negativa. Foi também negativa a pesquisa de DNA e determinação do genotipo por amplificação por PCR e detecção por microarrays. Não obstante a negatividade destas pesquisas, que podemos atribuir à degradação do DNA viral pelas técnicas de preparação histológica do tecido tumoral, a história pregressa de verrugas virais leva-nos a admitir que este será mais um caso de associação de carcinoma espino-celular verrucoso à infecção HPV. Este caso enfatiza ainda a possibilidade de ocorrência de carcinoma espino-celular verrucoso fora das localizações habituais, facto possivelmente relacionado com o estado de imunodeficiência de base do doente em apreço.