

INFECÇÕES CUTÂNEAS DE REPETIÇÃO EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE PROTEUS: UM RELATO DE CASO

Ana Karolina Carvalho Silva¹, Maria Luísa Mendonça Martins², Maria Clara Amorim Freitas³, Giovana Clara Gondinho Matias⁴, Mariana dos Santos Vasconcelos⁵, Rodrigo dos Santos Lima⁶

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. E-mail: estudosdananu@gmail.com; ²Discente do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. E-mail: marialuisamendoncamrtns@gmail.com; ³Discente do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. E-mail: claraf.amorim@gmail.com;

⁴Discente do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. E-mail: matiasgiovanna24@gmail.com; ⁵Residente de Pediatria do HUB-UnB. E-mail: marivasconcelosv@gmail.com; ⁶Docente do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. E-mail: rodrigopneumo@gmail.com

Introdução: A Síndrome de Proteus (SP) é hamartomatosa, genética e rara, com cerca de 250 casos descritos na literatura dos últimos 40 anos. O diagnóstico é clínico-genético e a doença ocorre por mutação somática ativadora da proteína quinase 1 serina/treonina (AKT1), o que promove crescimento excessivo cutâneo, muscular, ósseo e conjuntivo. A mutação também implica em anormalidades vasculares e de migração neuronal. Está associada a doenças pulmonares, como tromboembolia pulmonar e alterações císticas, bem como a afecções neurológicas, como epilepsia. A proliferação cutânea promove áreas de difícil higiene, nas quais podem se desenvolver úlceras crônicas, propensas a infecções cutâneas de repetição. Devido às complicações, a expectativa de vida é curta e é necessário acompanhamento longitudinal. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 12 anos e 7 meses, IMC 22,3, apresentou, em membro inferior esquerdo (MIE): lesões cutâneas, edema importante 4/4+, ressecamento, hiperemia, hiperkeratose e calor ao toque. Responsável relata um episódio de febre não aferida há 3 dias. Como comorbidades, há SP e Epilepsia, em uso contínuo de carbamazepina. Em exame físico, apresenta, além das lesões, atenuação de pulso pedioso, provavelmente pela hiperkeratose. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações inflamatórias relevantes. Conduta terapêutica: antibioticoterapia endovenosa com clindamicina (600 mg, a cada 8 horas) e cefazolina (1 g, a cada 6 horas), além de profilaxia para tromboembolismo venoso com enoxaparina durante a internação (40 mg, uma vez ao dia). A paciente evoluiu com melhora clínica significativa, com alta após 8 dias de internação. Foi realizada prescrição para completar 14 dias de antibiótico oral e foi orientado seguimento ambulatorial. **Discussão:** A paciente apresenta quadro de infecções cutâneas recorrentes. Em crianças, infecções de repetição exigem avaliação de causas predisponentes, como imunodeficiências, alterações anatômicas ou síndromes raras. No caso, a SP explica a vulnerabilidade: anomalias cutâneas, vasculares e de crescimento comprometem a barreira da pele e favorecem infecções. Além disso, a estase venosa e linfática aumenta o risco de celulite. A condição cursou com hiperemia, edema e secreção, mas sem marcadores inflamatórios elevados, o que reforça a importância da avaliação clínica. A escolha do tratamento antimicrobiano foi adequada, visando a cobertura dos principais agentes etiológicos. A profilaxia para o tromboembolismo foi correta, dado o risco da imobilização. A melhora clínica com alta após oito dias demonstra resposta eficaz ao tratamento. Contudo, o caráter recorrente exige seguimento multidisciplinar e estratégias preventivas. **Conclusão:** A síndrome de Proteus é rara, de alta complexidade e exige manejo individualizado. Evidencia-se a importância da abordagem multidisciplinar e longitudinal, reforçando os avanços tecnológicos para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Descritores: Dermatopatias, Pediatria, Síndrome de Proteus.