

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ

GRAZIELA MIRANDA LEMES

**Manual do residente de medicina de família e comunidade:
abordagem a problemas dermatológicos**

Campo Grande

2022

GRAZIELA MIRANDA LEMES

Manual do residente de medicina de família e comunidade: abordagem a problemas dermatológicos

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador (a) (es): Estevão Goulart Ravizzini Monteiro, médico de família e comunidade com especialização em preceptoria e gestão.

Campo Grande

2022

RESUMO

LEMES, Graziela Miranda. **Manual do residente de medicina de família e comunidade:** abordagem a problemas dermatológicos. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A pele é o maior órgão do corpo humano, serve como revestimento, e tem funções vitais para o funcionamento dos seres humanos. Interfere diretamente na autoestima dos pacientes, e na percepção de saúde de cada indivíduo. Ademais, é foco de discussões sociais importantes, e até hoje é motivo para segregação perante os olhos de alguns. Acaba por ser nossa primeira apresentação ao mundo exterior, e através dela também podemos senti-lo. Está diretamente ligada a alterações na saúde mental, ora sendo causa das dermatoses, ora sendo consequência das alterações cutâneas. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo elaborar um manual abordando os problemas dermatológicos com maior incidência e prevalência na população, a fim de ser um guia rápido para os profissionais da atenção primária em saúde em Campo Grande – MS. Para a criação desse manual foi realizada busca na literatura sobre os principais temas em dermatologia e dermatoses mais prevalentes e incidentes, foram separadas informações de grande relevância para auxiliar no diagnóstico durante o atendimento aos diversos pacientes que forem recebidos nas unidades de estratégia de saúde da família. Dessa forma foi possível elaborar um material para contribuir na melhoria da assistência e facilitar o acesso a informação para os profissionais da Atenção Primária.

Palavras-chave: dermatologia; dermatopatia; dermatoses; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária em Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	9
3 HIPÓTESE	9
4 OBJETIVO PRIMÁRIO	9
5 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	9
6 MÉTODOS	10
7 RESULTADOS	10
7.1 Glossário	10
7.1.1 Lesões elementares	10
7.1.2 Lesões planas	11
7.1.3 Lesões sólidas com relevo	11
7.1.4 Lesões de conteúdo líquido	12
7.1.5 Alterações da espessura	12
7.1.6 Perdas e reparos teciduais	12
7.1.7 Lesões vasculares	13
7.1.8 Forma e configuração das lesões	13
7.1.9 Sinais semiológicos	13
7.1.10 Métodos diagnósticos auxiliares mais usados em dermatologia	14
7.2 Princípios dos cuidados com a pele	15
7.2.1 Cuidados diários com a pele	15
7.3 Problemas do couro cabeludo	17
7.3.1 Definição	17
7.3.2 Diagnóstico	23
7.3.3 Tratamento	25
7.3.4 Quando encaminhar para o especialista focal	26
7.3.5 Prognóstico	26
7.4 Prurido	27
7.4.1 Definição	27
7.4.2 Classificação	28
7.4.3 Anamnese	28
7.4.4 Exame físico e diagnóstico relacionados	30
7.4.5 Exames complementares	33
7.4.6 Tratamento	34
7.4.7 Quando encaminhar para o especialista focal	36

7.5 Sudorese	38
7.5.1 Definição.....	38
7.5.2 Repercussão social e na qualidade de vida	40
7.5.3 Anamnese.....	40
7.5.4 Exame físico	40
7.5.5 Indicação de exames	40
7.5.6 Diagnóstico	41
7.5.7 Tratamento	41
7.5.8 Quando referenciar para o especialista focal	43
7.5.9 Prognóstico.....	44
7.6 Hirsutismo	44
7.6.1 Definição.....	44
7.6.2 Causas	44
7.6.3 Anamnese.....	46
7.6.4 Exame físico	46
7.6.5 Diagnóstico	47
7.6.6 Exames complementares.....	47
7.6.7 Tratamento	50
7.6.8 Quando encaminhar para o especialista focal.....	52
7.6.9 Prognóstico.....	52
7.7 Eczema	52
7.7.1 Definição.....	52
7.7.2 Classificação.....	53
7.7.3 Anamnese.....	55
7.7.4 Exame físico	55
7.7.5 Diagnóstico e exames complementares.....	56
7.7.6 Tratamento geral dos eczemas.....	56
7.7.7 Tratamento específico dos eczemas.....	57
7.7.8 Quando encaminhar para especialista focal e a equipe multiprofissional.....	58
7.8 Problemas nas unhas	59
7.8.1 Definição.....	59
7.8.2 Tratamento	63
7.9 Cuidados com feridas/úlceras	65
7.9.1 Definição.....	65
7.9.2 Classificação.....	65
7.9.3 Anamnese.....	66

7.9.4 Exame físico	67
7.9.5 Exames complementares.....	69
7.9.6 Tratamento	69
7.9.7 Quando encaminhar	76
7.9.8 Atividades preventivas e de educação	77
7.10 Acne	78
7.10.1 Definição.....	78
7.10.2 Causas	78
7.10.3 Diagnóstico	79
7.10.4 Anamnese.....	79
7.10.5 Exame físico	79
7.10.6 Classificação.....	80
7.10.7 Exames complementares.....	80
7.10.8 Tratamento	81
7.10.9 Atividades preventivas e de educação	85
7.10.10 Acne rosácea.....	85
7.10.11 Quando encaminhar para o especialista focal.....	86
7.11 Escabiose e pediculose	86
7.11.1 Definição.....	86
7.11.2 Escabiose	86
7.11.3 Pediculose	87
7.11.4 Tratamento da escabiose.....	89
7.11.5 Tratamento de pediculose.....	92
7.11.6 Quando encaminhar para especialista focal.....	93
7.11.7 Prognóstico e possíveis complicações.....	93
7.12 Nevos, verrugas e tumores.....	93
7.12.1 Definição.....	93
7.12.2 Anamnese.....	97
7.12.3 Exame físico	98
7.12.4 Diagnóstico	101
7.12.5 Conduta proposta	102
7.12.6 Quando encaminhar para o especialista focal.....	104
7.12.7 Prognóstico e complicações possíveis.....	104
7.13 Celulites e piodermites	105
7.13.1 Definição.....	105
7.13.2 Diagnóstico	108

7.13.3 Tratamento	108
7.13.4 Prognóstico e complicações possíveis	111
7.13.5 Atividades preventivas e de educação	111
7.14 Micoses e onicomicoses	111
7.14.1 Definição	111
7.14.2 Anamnese	113
7.14.3 Exame físico	113
7.14.4 Exames complementares	117
7.14.5 Tratamento farmacológico tópico	118
7.14.6 Tratamento farmacológico sistêmico	120
7.14.7 Tratamento não farmacológico	122
7.14.8 Quando encaminhar para o especialista focal	123
7.14.9 Atividades preventivas e de educação	124
7.15 Psoríase	124
7.15.1 Definição	124
7.15.2 Apresentação clínica	124
7.15.3 Anamnese	125
7.15.4 Exame físico	125
7.15.5 Variações da psoríase	126
7.15.6 Tratamento tópico	127
7.15.7 Tratamento sistêmico	129
7.15.8 Tratamento com agentes biológicos	130
7.15.9 Atividades preventivas e de educação	130
7.15.10 Quando encaminhar para o especialista focal	130
7.16 Manifestações cutâneas das doenças sistêmicas	131
7.16.1 Classificação	131
7.16.2 Manifestações cutâneas reveladoras de neoplasias	131
7.16.3 Alterações cutâneas no diabetes melito	133
7.16.4 Eritema nodoso como manifestação de doença sistêmica	134
7.16.5 Manifestações cutâneas no vírus da imunodeficiência humana	134
7.16.6 Prurido secundário a doenças sistêmicas	136
7.16.7 Erros mais comuns na abordagem ao prurido	137
7.16.8 Prognóstico e complicações possíveis	137
7.16.9 O papel da equipe multiprofissional e as atividades preventivas e de educação	137
7.17 Cuidados Dermatológicos com as ostomias	138

7.17.1 Definição e classificação	138
7.17.2 Cuidados com a pele ao redor do estoma.....	138
7.17.3 Complicações cutâneas das ostomias	139
7.17.4 Alteração da qualidade de vida	139
7.17.5 Papel da equipe multiprofissional e da educação em saúde	139
7.17.6 Prognóstico	140
8 CONCLUSÕES	140
REFERÊNCIAS	140

1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre a fisiologia e fisiopatologia da pele, na maioria das vezes, é abordado superficialmente durante a formação dos profissionais médicos, deixado como última prioridade no estudo por muitos dos acadêmicos, e que durante a vida profissional acabam por se distanciar mais ainda do tema. Mesmo que tais temáticas tenham grande impacto na vida dos pacientes, é área que na maioria das vezes é menosprezada pelos profissionais médicos.¹

Haja visto, que os princípios básicos do Sistema Único de Saúde englobam a integralidade e a resolutividade, os profissionais atuantes nesse cenário deveriam estar mais gabaritados no tema para fornecer a assistência necessária aos cidadãos, e nesse caso pacientes que tem direito ao acesso à saúde garantida na Constituição.²

Todos têm o conhecimento de que o paciente é inserido no serviço de saúde pública através da atenção primária à saúde, e nesse nível de atenção que a grande maioria dos problemas e demandas trazidas pelos pacientes devem ser resolvidos. E apenas, as situações, de exceção, ou de casos mais complexos, deveriam ser encaminhados a um especialista. Com esse crivo e maior resolutividade do cenário que é a porta de entrada, a tendência é que ocorra uma menor sobrecarga do nível secundário, garantindo assim a equidade, dando mais ao paciente que mais precisa.^{1,3}

A reestruturação do sistema de saúde no Brasil, com a implantação da Estratégia de Saúde de Família, se caracterizou por um grande passo para uma saúde mais inclusiva, unindo a promoção, prevenção e recuperação em todos os ciclos de vida. E assim, os cuidados essenciais com a pele sendo disseminados e ensinados à população geral, poderiam ser evitados diversos problemas cutâneos, melhorando a qualidade de vida, e o atendimento longitudinal possibilita o acompanhamento das condições crônicas que acometem o tegumento.^{4,5}

É importante ressaltar também, a grande conexão entre a pele e os demais sistemas do corpo. Sendo essa, protagonista em muitas doenças, mas também apenas um dos locais no qual as manifestações de doenças sistêmicas podem se apresentar. Mais uma vez, comprovando a importância de valorizar e reconhecer o paciente como ser complexo, que apresenta diversas esferas que se comunicam e interagem diretamente e a todos os momentos, e partindo desse pressuposto possibilitando dar uma atenção integral aos pacientes atendidos pelos profissionais

na atenção primária em saúde.⁵

2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar o cuidado com o paciente com lesões de pele nas unidades de atenção primária de Campo Grande?

3 HIPÓTESE

Atentando para a grande prevalência e incidência das alterações cutâneas na população geral, e os importantes impactos na saúde global do indivíduo, faz-se de extrema importância que os profissionais que estão atendendo na porta de entrada do sistema de saúde, sejam qualificados melhor para assistir aos pacientes com tais problemáticas, enxergando tais pacientes como um todo, conhecendo das situações fisiológicas. Diagnosticando as patologias e sabendo tratá-las e orientar os cuidados básicos que a pele humana precisa diariamente.

4 OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar um manual para auxiliar, principalmente, os residentes de medicina de família e comunidade como fonte de consulta rápida durante o atendimento, se configurando como uma ferramenta eficaz e atualizada, trazendo maior segurança e possibilitando um diagnóstico mais assertivo.

5 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Pesquisar na literatura protocolos e atualizações sobre os problemas de pele mais prevalentes encontrados na atenção primária;

Melhorar a assistência aos pacientes com lesões de pele durante todos os ciclos de vida nas Unidades de Saúde da Família, dando resolutividade a um maior número de patologias; salientar a importância dessa temática aos profissionais médicos, para que ampliem seus conhecimentos a respeito dos problemas de pele, já que esta é parte de um todo complexo que compõe cada paciente;

Qualificar os profissionais de saúde, e principalmente, os residentes da Medicina de Família e Comunidade, que atuam, em sua grande maioria, nas Unidades de Saúde da Família, para os atendimentos as demandas espontâneas e consultas programadas com queixas de problemas de pele.

6 MÉTODOS

O estudo foi realizado em Campo Grande – MS, através de uma revisão bibliográfica crítica a fim de realizar a elaboração de um manual para o residente de medicina de família e comunidade. A revisão bibliográfica reuniu diversos estudos para o embasamento teórico do manual. A coleta de informações ocorreu através da busca de referências eletrônicas nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Dynamed*, livros em versão eletrônica, realizada no período de abril a dezembro de 2022.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos gratuitos com texto completo disponível online, publicados entre 1994 e 2022, escritos nos idiomas português e inglês e que abordavam: cuidados de pele na atenção primária em saúde. Sendo a maior parte do escopo do trabalho embasada em tratados, guias e manuais de dermatologia e medicina de família e comunidade, priorizando os mais atuais.

A busca dos artigos nas bases de dados, foram utilizados seguintes descritores: dermatologia; manual de referência; dermatopatia; dermatoses; doença cutânea; doença de pele; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária em Saúde; Cuidados Primários à Saúde.

Para as orientações de condutas e fluxos propostos, dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foram utilizados os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

7 RESULTADOS

Capítulo - Abordagem a problemas dermatológicos

7.1 Glossário

7.1.1 Lesões elementares

O conhecimento da morfologia das lesões elementares é necessário para o reconhecimento correto das principais doenças de pele e descrição dessas. São divididas naquelas que são planas, nas que apresentam relevo, que apresentam conteúdo líquido, as que alteram a espessura da pele, vasculares e outras diversas. Abaixo estão descritas as lesões principais.^{6,7,8}

7.1.2 Lesões planas

Mácula ou mancha: Consiste em alteração da pigmentação, não palpável, ou seja, não apresenta relevo. Em geral, apresenta de 0,5 - 1 cm. Pode ser de origem vasculossanguínea ou ainda pigmentar. As manchas vasculossanguíneas, têm como característica desaparecerem a vitropressão, em geral, se originam de neoformações vasculares, sendo um exemplo as manchas angiomasos, ou por uma ausência de formação desses, agenesia, as manchas anêmicas.^{2,9,10}

Eritema: se trata de uma alteração da coloração da pele, uma vermelhidão, mais generalizada em uma região ou mais, decorrente da dilatação dos vasos localizados na derme, exemplos comuns desse, as dermatites, o exantema viral.^{2,5}

Eritrodermia: se trata de uma alteração também com coloração avermelhada da pele, mas que envolve 90% ou mais da totalidade da pele.^{2,9,10}

7.1.3 Lesões sólidas com relevo

Pápula: é uma lesão palpável, ou também chamada, sólida, é elevada, e em geral mede até 1 cm de diâmetro.^{2,8,9}

Placa: se trata de uma lesão sólida, elevada, que apresenta mais de 1 cm, pode se formar a partir de pápulas confluentes.^{2,9}

Nódulo: é uma elevação sólida, com contornos arredondados, em alguns casos pode ser mais palpável que visível. E passa a ser chamado de tumor quando alcança grandes proporções. Por outro lado, quando se liquefaz na porção central, e chega a ulcerar, ganha o nome de goma.^{2,8,9}

Cisto: consiste numa cavidade arredondada, encapsulada, com líquido, em geral.^{2,9}

Urtica: em geral, se trata de uma pápula ou até mesmo placa avermelhada e edematosa, tem duração passageira, com bordos irregulares.^{2,9}

Comedo: se forma quando o infundíbulo do folículo piloso se dilata por conta de acúmulo de queratina e gorduras, formando uma rolha.^{2,9,10}

Vegetação: sólida, como que em projeções da pele, formando pedúnculos, ou lembrando aspecto digitiforme, com coloração branco-avermelhada, pode ter aspecto de couve-flor, e pode ter tamanhos variados. Quando a vegetação passa a ter uma superfície queratósica, a chamamos de verrucosidade.^{2,9}

7.1.4 Lesões de conteúdo líquido

Vesícula: lesão elevada, que apresenta coleção líquida, é menor que 1 cm. ^{2,9}

Bolha: são as vesículas com tamanho, acima de 1 cm de diâmetro, pode ter conteúdo citrino/seroso, hemorrágico ou purulento, no caso desta última. ^{2,9}

Pústula: contém conteúdo purulento, pode ter vários tamanhos, é uma lesão elevada, e superficial. ^{2,9,10}

Furúnculo: se trata de um folículo piloso inflamado, com necrose central, envolto por conteúdo purulento. Na ocasião em que vários furúnculos se confluem, chamamos de carbúnculo. ^{2,8,9}

Abscesso: se define por depósito de material purulento no tecido subcutâneo, ou em região da derme profunda. ^{2,9}

7.1.5 Alterações da espessura

Queratose: quando a camada córnea se espessa, endurecida, inelástica e áspera. ^{2,9}

Liquenificação: é o espessamento crônico da pele, com intensificação dos sulcos, e pregas naturais, descamação e hiperpigmentação. ^{2,9}

Edema: ocorre em decorrência do extravasamento de líquidos, acarretando em distensão cutânea, tornando a área amolecida e depressível. ^{2,9}

Infiltração: ocorre em consequência da infiltração da pele por elementos do sangue, ou células neoplásicas. É um aumento da consistência e da espessura, ocorrendo redução dos sulcos. ^{2,9,8}

Esclerose: é uma área delimitada de pele, com endurecimento, é mais percebida a palpação do que a visualização. Com dificuldade pode ser pregueada entre os dedos, pode ter hipo ou hiperpigmentação associada. ^{2,9}

Atrofia: consiste em redução da espessura da pele, decorrente de afinamento da epiderme, derme ou subcutâneo. A pele fica em demasia transparente, fina, pregueada, podendo ou não ser deprimida. ^{2,9}

Cicatriz: consiste em área de fibrose, substituindo o tecido normal, pode ser normal, atrófica ou hipertrófica. ^{2,8,9}

7.1.6 Perdas e reparos teciduais

Descamação: é o descolamento da camada córnea. O resultado desse

processo forma escamas, as quais podem ser lamelares, furfuráceas ou pitiriasicas.^{2,5}

Erosão: perda da epiderme, não atinge a derme.^{2,9}

Úlcera: perda da derme, posteriormente forma-se cicatriz.^{2,8,9}

Crosta: sedimentação de sangue, líquido seroso ou exsudato purulento, que endurece/resseca.^{2,9,10}

Escara: região delimitada, endurecida, que se recobre com crosta escurecida.^{9,10}

Fístula: caminhos da pele a cavidades mais profundas, em geral preenchidas por conteúdo purulento, com a intenção de drenagem.^{2,9,10}

7.1.7 Lesões vasculares

Púrpura: lesão vasculossanguínea, não desaparece a vitropressão, e resulta de extravasamento de sangue na pele, podendo ser puntiforme, e aí é chamada de petéquia, ou em maiores áreas, as equimoses.^{2,9}

Telangiectasias: trajetos lineares ou em forma de redes, vermelhas, ocasionadas por dilatação permanente de pequenos capilares da derme superficial. Podem ou não desaparecer a vitropressão.^{2,8,9}

7.1.8 Forma e configuração das lesões

Anular: lesão em formato de anel, com centro poupado, lesão menos evidente.^{2,9}

Alvo: lesões formadas por círculos concêntricos, com pigmentos irregulares.^{2,9}

Numular: lesões que possuem forma de moeda, podendo ser arredondadas ou ovaladas.^{2,9}

Arciforme: lesões em forma de arco, ou círculos incompletos.^{2,9}

Policíclica: lesões formadas por círculos de coalescem.^{2,9}

Linear: lesões em linha reta, ou que segue as linhas de Blaschko.^{2,8,9}

Reticular: lesões com aspecto de redes entrelaçadas.^{2,9}

Serpiginosa: lesões sinuosas, com trajeto semelhante a uma cobra.^{2,9}

Gutata: lesões com forma de gota.^{2,9}

7.1.9 Sinais semiológicos

Sinal de Auspitz: também conhecido como orvalho sangramento, e ocorre

quando após retirada de escama aderente, surgem gotículas de sangue, ocorre na psoríase.^{2,9,10}

Sinal de Asboe-Hansen: ao se comprimir lateralmente uma bolha, a mesma se desloca lateralmente, como as bolhas intraepidérmicas.^{2,9}

Sinal de Darier: surge após fricção da lesão, com aparecimento de eritema e edema.^{2,9}

Sinal de Nikolsky: quando ocorre o destacamento de pele, por realização de pressão lateral nas proximidades de bolhas.^{2,9,10}

Sinal de Zileri: ao realizar estiramento da pele, há surgimento de descamação, é sinal que ocorre na pitiríase versicolor.^{2,9}

Sinal da vela: ocorre o desprendimento de escamas tão esbranquiçadas quanto pó de vela, e aparece na psoríase.^{2,9}

Fenômeno de Köebner: ocorre em algumas doenças, como vitiligo, psoríase e líquen plano, quando ocorre o surgimento de lesões típicas da doença após trauma na pele sadia.^{2,9}

7.1.10 Métodos diagnósticos auxiliares mais usados em dermatologia

Lâmpada de Wood: se trata de um aparelho que emite luz com coloração azulada, ajudando a esclarecer diagnóstico de micoses superficiais, com surgimento de colorações que variam a depender da origem da lesão: um aspecto vermelho brasa aparece em geral com a presença de pitiríase versicolor e tinhas do couro cabeludo, já um branco marfínico indica lesão decorrente de vitiligo. Um tom alaranjado surge na urina de pacientes com porfiria. Ajuda a evidenciar lesões hipocrômicas, acrômicas ou hiperacrômicas.^{2,6,9}

Dermatoscopia: é uma ferramenta diagnóstica, vem auxiliar o diagnóstico em consultório, apresenta a possibilidade de aumentar em 10 vezes a lesão, e assim possibilita a visualização de estruturas que normalmente não seriam vistas a olho nu. Sua principal função é a identificação precoce do melanoma cutâneo, mas, na atualidade seu uso tem sido empregado em diversas outras moléstias, mesmo as benignas, da pele, e de seus anexos.^{2,9,11}

Biópsia da pele: tem como função, principalmente, o diagnóstico de doenças neoplásicas e inflamatórias. Necessita de local preparado, material estéril, e recipiente que contenha meio adequado para conservação da peça até sua análise. As peças

podem passar por análise anatomopatológica, ou pelo método de imunofluorescência direta.^{2,8,9}

Exame micológico: pode ser realizado quando há suspeita clínica, pode ser um exame direto ou através de cultura. É de grande importância, pois com certeza do agente causador, o tratamento alcança maiores taxas de cura. A obtenção do material é conseguida através de raspagem do local.^{2,9}

Intradermorreação: são de grande importância em determinadas moléstias, e cada uma apresenta uma anatomia, lesões elementares, formas de apresentação, e fornece dados sobre a situação imunológica do paciente, através da aplicação de antígeno específico via subcutânea: reação de Montenegro - Leishmaniose, Fava-Neto - Paracoccidiodomicose, Frei - Clamídia, Mistuda - Hanseníase e Mantoux, também conhecido como teste tuberculínico com atuação importante na tuberculose.^{2,9}

Tricograma: é um exame no qual se realiza a epilação de 50 a 80 fios de locais diversos do couro cabeludo, e com esses se realiza uma análise ao microscópio comum ou lente de aumento, objetiva realizar análise do número de pelos que se encontra nas fases anágena e telógena, ajudando no diagnóstico de diversas moléstias.^{2,8,9}

7.2 Princípios dos cuidados com a pele

7.2.1 Cuidados diários com a pele

Hidratação: É passo essencial, e um dos cuidados mais básicos, funciona como tratamento e prevenção. Ajuda na manutenção da integridade da pele, ajuda a evitar irritação, infecções e descamação, e mesmo as peles oleosas devem ser hidratadas com produtos sem óleo em sua composição. A xerose cutânea, é encontrada em diversas moléstias da pele e sistêmicas, tais como - dermatite atópica, psoríase, diabetes mellitus, e hipotireoidismo, e desse modo a hidratação é parte fundamental do tratamento dessas. Existem alguns mecanismos que predominam nos tipos de hidratantes: oclusivos - tem função de formar uma película que fecha aquela região de pele e visa evitar a perda de água da epiderme, tem característica hidrofóbica; umectantes - tem função de ter água na camada córnea, puxando do ambiente ou da derme, e tem componentes hidrofílicos; emolientes - contém substâncias hidrofóbicas, que aumentam a coesão entre as células, e fazem aumentar a oclusão.^{12,14,15}

Também existem outras medidas necessárias para manter a hidratação correta da pele, como a ingestão adequada de água, se resguardar da exposição solar prolongada, se privar de banhos quentes e prolongados, além de evitar uso de buchas, sabonetes e esfoliantes.^{12,15,16}

Quadro 1 - Características dos hidratantes

Características dos tipos de hidratantes		
Tipo	Característica	Exemplo
Oclusivo	Formam filme oclusivo, hidrofóbico, evitando a perda de água epidérmica	Ceras, óleos, silicones, ácidos graxos
Umectante	Substâncias hidrofílicas, que retêm água na camada córnea por atração dérmica ou do ambiente	Glicerina, ureia, pantenol, lactato de amônia, ácido hialurônico, propilenoglicol, gelatina
Emoliente	Substâncias hidrofóbicas que aumentam a capacidade oclusiva por aumento de coesão intracelular	Silicone, propilenoglicol, ceramidas, óleos

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Foto proteção: Se faz fundamental diariamente, pois já se conhece muito bem os efeitos deletérios da exposição solar na pele, tanto pela radiação ultravioleta tipo A (UVA) e tipo B (UVB). Cada uma tem seu potencial de dano, mas de modo geral, podem lesar a derme profunda, aumentando a pigmentação, ocasionando as queimaduras solares e até mesmo aumentando o envelhecimento da pele, além da capacidade, em especial, da radiação UVB em provocar mutações no código genético dos queratinócitos e suprimir a função imune da pele. Os fotoprotetores são substâncias que têm capacidade de proteger a pele das radiações UV, e no caso, os filtros solares devem ter condição de proteger de ambas as radiações, UVA e UVB. Atualmente existem os fotoprotetores físicos e químicos. Os físicos não penetram na pele e não tem absorção sistêmica, por isso são mais aceitos no uso em crianças. Em geral desenvolvem coloração esbranquiçada sobre a pele e favorecem a comedogênese, e os químicos são amplamente vendidos e aceitos, por serem mais estéticos, por outro lado tem maior potencial de ocasionar dermatite de contato.^{12,13,14,16,17}

Ademais, a foto proteção pode ser realizada através de roupas, chapéus, óculos escuros, sem esquecer de evitar a exposição solar no intervalo das 10 às 16 horas, quando há maior intensidade da radiação UVB.^{12,13,14,16}

Higiene: Nos pacientes, em geral, é recomendado que a lavagem do rosto seja realizada duas vezes ao dia, visando evitar acúmulo de oleosidade, e retirar poeira,

poluentes e resíduos de maquiagem. Com essa orientação simples, se consegue evitar o acúmulo de compostos nos poros, diminuindo a obstrução desses e a consequente formação da acne. O tipo de sabonete ideal para cada paciente depende do tipo de pele que este apresenta, de modo que peles oleosas a mistas, são melhor adequadas a sabonetes com substâncias adstringentes, na medida que peles normais a secas precisam que sejam usados produtos com pH neutro.^{16,18}

Quadro 2 - Classificação do tratamento tópico

Definições de veículos para tratamentos tópicos		
Veículo	Definição	Formulação
Solução	Combinação de uma substância e um líquido ao qual a substância seja solúvel	Aquosa ou alcoólica, hidroalcoólica, entre outras.
Loção	Veículo com partículas insolúveis em seu interior. Importantes para áreas de tratamento extensos por serem de mais fácil aplicação	Líquida ou semilíquida.
Gel	Fase líquida e outra sólida, que contém um agente gelificante que fornece rigidez. Pode conter substâncias ativas. Para melhorar a estética, pode ser misturado ao creme, formando um creme-gel	Aquosa ou alcoólica consistente, fluida ou líquida (sérum)
Emulsão	Mistura de dois líquidos não miscíveis, que, adicionados a uma substância tensoativa, estabilizam. Fazem parte do grupo os cremes e as loções cremosas.	Água em óleo, ou óleo em água
Pomada	Substância oleosa associada a princípios ativos. Hidrofóbica e antiestética.	Óleo de origem animal (p. ex., lanolina), vegetal (p. ex., manteiga de cacau), ou mineral (p. ex., vaselina)
Pasta	Mistura de um líquido com pós. A consistência dependerá da concentração do pó. Textura porosa.	Água ou óleo

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

7.3 Problemas do couro cabeludo

7.3.1 Definição

Em relação ao couro cabeludo no cenário da Atenção Primária à Saúde, é importante destacar que o principal problema ou queixa trazida pelos pacientes ao consultório é a “queda de cabelo”, situação que pode ter diversas causas.

Os pelos ou cabelos são fios finos formados a partir de queratina, a qual se apresenta em forma de placas, as quais se ligam, e emergem do couro cabeludo. Em média, um adulto apresenta de 100 a 150 mil fios de cabelos, e diariamente tem uma

perda de 100 fios ao dia.¹⁹

Os fios de cabelo apresentam um ciclo, com a presença de três fases, sendo a primeira, a fase anágena, ou de crescimento, que em geral dura de 2 a 6 anos, e cada um dos fios cresce aproximadamente 0,35 mm ao dia; essa se segue da fase catágena, ou de involução do pelo que é curta e dura de 2 a 3 semanas, e por último, a fase telógena, ou de descanso que dura em média 3 meses, e se finaliza com a queda do fio. Após completar um ciclo com todas essas fases, ele recomeça.^{20,21,22,23}

Os folículos não crescem todos juntos, a grande maioria, de 85 a 90% geralmente se encontra na fase anágena, de 10 a 15% estão na fase telógena, e apenas 1% na fase catágena. E a duração da fase anágena é quem determina o comprimento máximo que cada fio pode alcançar. É comum que cada um dos folículos complete de 10 a 30 ciclos.^{20,25,21,22,19,23}

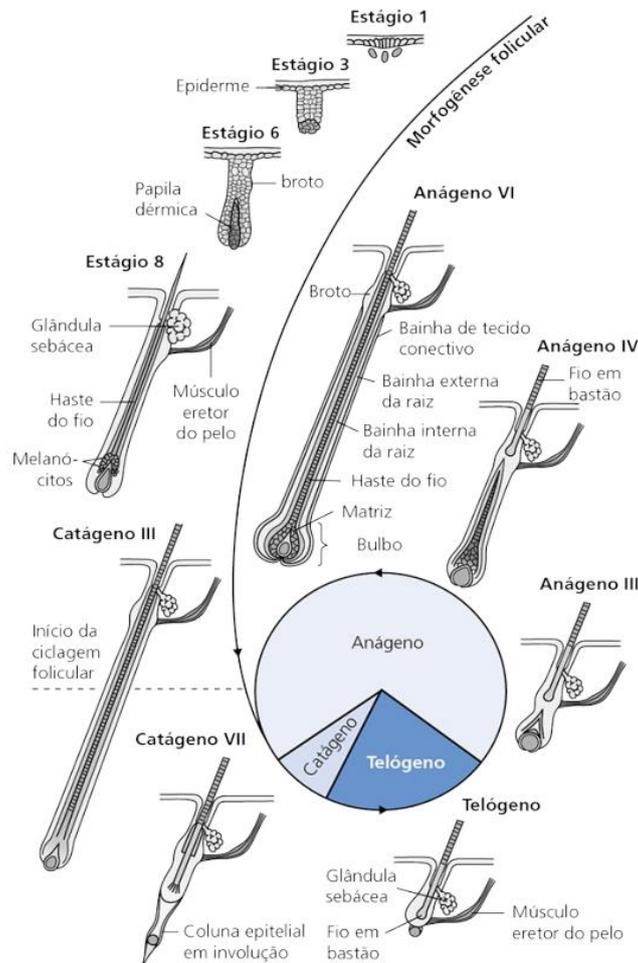
Existem tipos de folículos capilares que predominam no corpo humano, entretanto desses, apenas dois são mais importantes, os folículos terminais e os *velus*. A diferença é que os primeiros são maiores, e são mais profundos, atingindo inclusive a gordura subcutânea, e os últimos são mais superficiais, e ficam na camada reticular da derme. O ser humano ao nascer, apresenta pelos terminais em locais bem delimitados tais como sobrancelhas, cílios e couro cabeludo, os demais pelos que recobrem o corpo são do tipo *velus*. Assim, durante a vida os pelos podem variar entre *velus* e terminais em decorrência de situações fisiológicas ou patológicas, como por exemplo na adolescência, e no hirsutismo, respectivamente.^{20,24}

Sabe-se que a queda de cabelo, ou alopecia não consiste em risco a manutenção da vida, entretanto, tem impacto na autoestima, e fatores psicológicos, de modo mais evidente nas mulheres, por conta de o cabelo estar associado a fatores como beleza, sexualidade e até mesmo do que é ser feminino. Daí o médico de família e comunidade, na atenção primária em saúde (APS), tem capacidade de adentrar os mais diversos aspectos da questão do paciente, principalmente aplicando o método clínico centrado na pessoa, levando esse profissional a compreender de maneira mais completa o quadro do paciente e os fatores de risco e proteção que o permeiam, além de identificar as repercussões diversas do problema.^{20,21,25,26}

É importante saber que para ser clinicamente aparente, a densidade capilar precisa se reduzir a menos da metade da densidade de um paciente saudável. Pode ter as causas mais variadas, e de modo academicista se dividem em focais e difusas, e em cicatriciais ou não cicatriciais, e no caso das cicatriciais ocorre destruição do

folículo piloso.^{22,27}

Figura 1 - Ciclo capilar normal



Fonte: Habif TP.²⁵

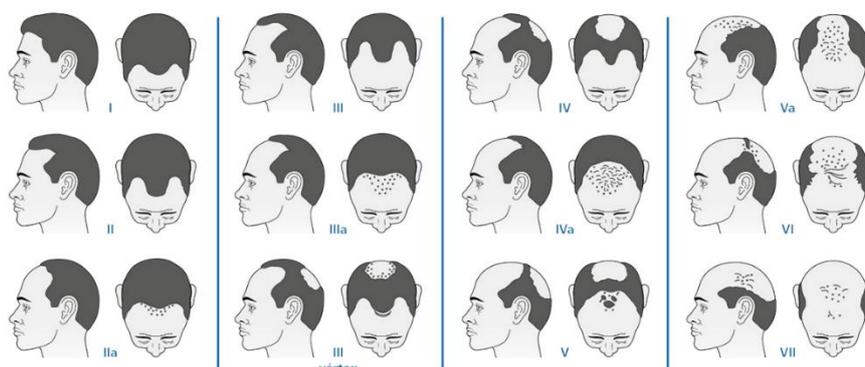
Alopecia androgenética: Há uma redução do pelo de forma gradativa, de modo que os folículos terminais se transformam em *velus*. Isso ocorre em resultado da quantidade de di-hidrotestosterona, a qual através da enzima 5- α -redutase surge pela conversão da testosterona, e tem ação em um receptor no folículo piloso, com a presença da di-hidrotestosterona há queda dos cabelos e redução dos folículos.

É importante citar que pode também ser conhecida por alopecia em padrão masculino, e é mais frequente nos indivíduos deste sexo. A princípio não exige uma propedêutica com exames laboratoriais. Ademais também é causa importante de alopecia na população feminina adulta, e aumenta sua prevalência no período pós menopausa.

Nos homens, a escala utilizada é a de Norwood, e de modo comum a alopecia começa pela presença de alteração de implantação na linha bi temporal, e se segue de redução da densidade nas regiões do vértice e frontais, preserva os folículos da

região occipital, e lembra a forma de uma letra “M”.^{20,25}

Figura 2 - Escala de Norwood para alopecia androgenética masculina



Fonte: Habif TP e colaboradores.²⁵

Nas mulheres, a escala utilizada é a Ludwig, o que ocorre é diminuição de pelos na área central da cabeça, e a linha mediana se alarga, entretanto não há mudanças na linha de implantação frontal, como nos homens é comum.^{20,25,26}

Eflúvio telógeno: É um processo natural, intrínseco ao processo de crescimento, do ciclo de vida do fio, como já citado no capítulo. No geral, tem duração limitada, de 3 a 6 meses. É comum os pacientes trazerem a queixa de que os cabelos estão caindo com a raiz. Ocorre que nesse processo muitos fios, em média de 20 a 30% entram na chamada fase telógena juntos, e caem subitamente. São diversas as condições que propiciam o processo, desde ambientais, até intrínsecas ao paciente, relacionadas a dieta adotada, infecções, sífilis, medicações em uso e até mesmo ao puerpério. Normalmente, não há alterações da morfologia dos cabelos.^{20,24,21,26,22,27,28}

Figura 3 - Escala de Ludwig para alopecia androgenética feminina



Fonte: Habif TP e colaboradores.²⁵

Eflúvio anágeno: Situação que pode ocorrer por qualquer situação que faça alteração nas raízes, com consequentes quebra e perda de aproximadamente 80 a 90% dos fios da cabeça, entretanto não comprometem o folículo, e as causas estão normalmente relacionadas a processos de iatrogenia.

São diversas as medicações e drogas que podem levar a tal quadro, e a própria radiação também pode ser um fator desencadeante. Quando a causa é interrompida,

o ciclo de crescimento do cabelo logo retorna ao normal, mas é comum ocorrerem algumas exceções que o processo pode ser irreversível, mas normalmente não gera cicatrizes.^{22,19}

Alopecia areata: É uma doença inflamatória autoimune que provoca queda de cabelo, é crônica, podendo ser localizada ou generalizada, inclusive com queda de todos os pelos do corpo. Tem taxa de prevalência semelhante em homens e mulheres, e normalmente ocorre antes dos 40 anos. O grande problema associado para a vida desses, é o impacto psicossocial, e da autoestima. Os fatores que podem desencadear são diversos, tais como, algumas medicações, vacinas e infecções, fatores psicológicos e doenças psiquiátricas tais como a depressão e ansiedade podem ser desencadeantes.

O quadro clínico envolve geralmente apenas a queda de cabelo, em formatos circulares, com couro cabeludo liso, entretanto em alguns casos, antes da queda, alguns dos pacientes relatam sensações, tais como prurido, sensação de queimação ou dor, e até mesmo hipersensibilidade no local da queda.^{20,27,23}

Figura 4 - Alopecia areata e alopecia total



Fonte: Habif TP.²⁵

Tinha do couro cabeludo: As tineas são ocasionadas por fungos, e estão no grupo das dermatofitoses. Mais comumente atingem as crianças, e provocam uma alopecia cicatricial de áreas arredondadas, associadas a descamação, vermelhidão e podem estar associadas a aumento de linfonodos. Nos adultos além de não ser tão comum, também pode ser confundida com outros diagnósticos como a própria

dermatite seborreica e outras condições inflamatórias. Os fungos do tipo dermatófitos, mais encontrados no Brasil, são o *Trichophyton tonsurans* e o *Mycrosporum canis*.

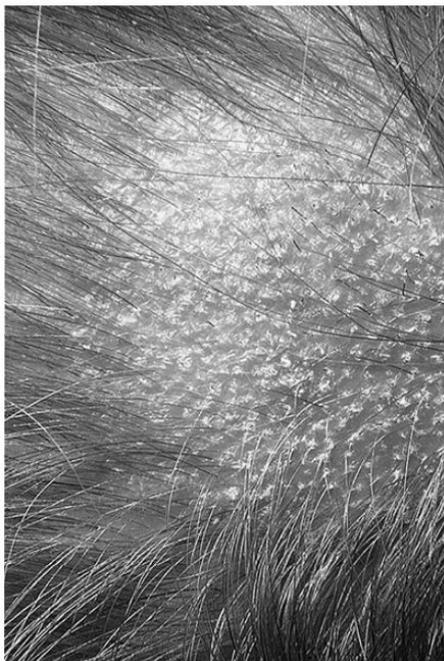
Quadro 3 - Fatores associados a pior prognóstico ou recorrência da alopecia areata

Fatores associados com pior prognóstico e/ou alta probabilidade e recorrência da alopecia areata
<ul style="list-style-type: none"> - Início na infância - Concomitância de outras doenças autoimunes (atopia, tireoidite de Hashimoto) - Apresentação extensa, especialmente na alopecia total e universal - Padrão em offíase (quando a queda de cabelos se localiza nas laterais e na parte inferior e posterior do couro cabeludo) - História de doença familiar - Onicodistrofias

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Em geral o quadro clínico se inicia em área única que ocorre a queda dos fios, com evolução centrífuga, que pode perdurar por semanas, e aí, em geral, cessa, podendo se tornar um processo crônico. É comum que os fios apresentem quebra em região proximal ao couro cabeludo, chamada de tonsura. Ademais, nos casos mais graves, é comum o surgimento de massa inflamatória, a qual é chamada de *kerion*, podendo haver drenagem purulenta, e como possível consequência levando a cicatriz e até mesmo alopecia permanente.^{22,27,29,30}

Figura 5 - Tinha do couro cabeludo



Fonte: Habif TP e colaboradores.²⁵

Alopecia por tração: A alopecia por tração, se trata da redução periférica dos fios de cabelo, ocasionada por tração constante nesses fios, gerada por penteados que colocam muita tensão nos fios. É extremamente comum ocorrer em mulheres

pretas, as quais muitas vezes apresentam o hábito de manter os cabelos com frequência presos em rabos ou coques. Mas também podem ocorrer em pessoas que realizam alisamentos frequentemente, uso de acessórios na cabeça, como bonés, chapéus, quepes, e outros fatores também.

Ao exame físico é comum encontrarmos uma alopecia manifesta na região periférica, principalmente frontal e temporal.^{30,31}

Tricotilomania: A tricotilomania, também é caracterizada como uma alopecia por tração, mas nesse caso, a causa está relacionada a transtornos psiquiátricos concomitantes. E nesse quadro, o próprio paciente puxa seus fios de cabelo. Na maioria das vezes acomete mulheres, e em geral recorre durante a vida. Nessa alopecia, o quadro se dá com fios de diferentes tamanhos tanto pela quebra em várias alturas, quanto pela recorrência do quadro em vários estágios.^{22,27,29,32}

Figura 6 - Tricotilomania



Fonte: Habif TP.²⁵

7.3.2 Diagnóstico

É importante ressaltar que o diagnóstico, muitas vezes irá se dar clinicamente, através de anamnese detalhada e exame físico minucioso. Os exames complementares serão reservados para a minoria dos casos.

Realizar a abordagem do paciente através do método clínico centrado na pessoa, é ideal, pois desse modo se consegue abordar e abranger a todos os aspectos da vida desse paciente, tornando inclusive o diagnóstico mais assertivo.

O exame físico deve ser realizado em local bem iluminado, idealmente, deveria ser realizado com auxílio de lentes, tais como o próprio dermatoscópio e as lentes de magnificação. Deve-se inspecionar os óstios dos folículos capilares, a cor, o tamanho e volume dos fios, comparando as regiões entre si, e sempre ter para fácil consulta e comparação as escalas que quantificam a gravidade da queda de cabelo. A parte inicial do exame, descrita acima em geral, é feita com o paciente sentado em uma cadeira e o examinador em pé, e ao prosseguir o exame para avaliar demais questões importantes no exame físico, o paciente se deita na maca. Desse modo, se segue a avaliação, com o exame da tireoide, e avaliação da presença de linfonomegalia em região cervical. Lembrar também da avaliação das unhas, haja visto que já se conhece da associação de *pitting* em pacientes com alopecia areata. Nas mulheres, também avaliar causas de hiperandrogenismo, tais como a presença de pelos em áreas não típicas.

Quadro 4 - Principais tratamentos farmacológicos para alopecia

Principais tratamentos farmacológicos para alopecia em padrão feminino e masculino				
Diagnóstico	Tratamento	Dose usual	Risco mais frequente	Comentário
Alopecia em padrão feminino	Minoxidil 2% ou 5%	Aplicar 1 ml no couro cabeludo seco, 2x/dia, uso prolongado	Algumas pessoas podem apresentar hipertricose na face e irritação no couro cabeludo	Os efeitos são dose-dependente e reversíveis com a suspensão do uso ou diminuição da concentração
Alopecia em padrão masculino				

Fonte: Gusso e colaboradores modificada.²

Os exames complementares não são obrigatórios e nem necessários de modo rotineiro, e na maioria dos casos ajudam a detectar causas subjacentes associadas à alopecia apresentada. E, nos pacientes com suspeita de tireoidopatias ou anemias, a propedêutica inclui a dosagem da tireotrofina e hemograma. Claro, no caso de sinais de desabsorção e/ou desnutrição é necessário dosar vitaminas, como B e D, o zinco e dosagem da albumina.

Pacientes com quadro clínico que associa o sexo feminino a virilização ou galactorreia devem incluir um perfil hormonal na propedêutica, sendo a causa mais evidente na Atenção Primária à Saúde, de hiperandrogenismo a síndrome dos ovários policísticos.

Os quadros com alopecias focais, pode ser realizado raspado da área acometida, e/ou análise dos próprios fios, procurando hifas dos agentes mais comuns das dermatofitoses.

Desse modo, é fundamental, perceber que os exames são de fato importantes e ajudam a direcionar o diagnóstico, mas quando feitos de maneira direcionada ao raciocínio clínico, podemos atuar na prevenção quaternária, evitando iatrogenias, e a exposição do paciente a procedimentos desnecessários.^{19,21,22}

7.3.3 Tratamento

Quadro 5 - Principais tratamentos farmacológicos para alopecia areata

Principais tratamentos farmacológicos para alopecia areata				
Diagnóstico	Tratamento	Dose usual	Risco mais frequente	Comentário
Alopecia areata	Tópico: propionato de clobetasol 0.05% creme Intradérmico: triancinolona acetinado	Corticoide tópico: aplicar nas áreas afetadas do couro cabeludo, 2x/dia, ocluindo. Intralesional: na diluição de 5 mg/ml, 0,1 ml por local de injeção, com espaçamento de 1 cm de espaçamento entre as aplicações	O uso prolongado pode provocar supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra renal, atrofia local, foliculite	Evitar uso na face; aguardar pelos meses 3 meses antes de avaliar o efeito

Fonte: Gusso e colaboradores modificada.

Quadro 6 - Tratamentos farmacológicos para tinha do couro cabeludo

Principais tratamentos farmacológicos para alopecia provada pela tinha do couro cabeludo				
Diagnóstico	Tratamento	Dose usual	Risco mais frequente	Comentário
Tinha do couro cabeludo	Griseofulvina ultramicronizada ou micronizada	Ultramicronizada: 10-15 mg/kg/dia por 6-12 semanas, dose máx.: 750 mg/dia. Micronizada: 20-25 mg/kg/dia, por 6-12 semanas. Dose máx. 1000 mg/dia	Evitar o uso em menores de 2 anos e gestantes	Ingestão com alimentos com teor mais alto de gordura aumenta a absorção. Não requer checagem de enzimas hepáticas antes do tratamento
	Cloridrato de terbinafina	Comprimido de 250 mg. Tratamento de 4-6 semanas, conforme o peso: 10 – 20 kg: 62,5 mg/dia 20 – 40 kg: 125 mg/dia > de 40 kg: 250 mg/dia	Rash cutâneo e urticária em pessoas sensíveis; alt. gastrintest. transitórias, cefaleia. Casos raros: hepatotoxicidade, leucopenia e granulocitopenia	Alimentação não interfere na absorção. Hepatopatas devem ser cuidadosamente monitorados. Evitar em nefropatas e hepatopatas Solicitar função hepática antes do início do tratamento

Fonte: Gusso e colaboradores modificada.²

O tratamento terá sucesso na medida que a causa seja definida e essa seja neutralizada. E desse modo, existem vários tratamentos, cada um atuando de uma

maneira diferente: através da alteração do tempo de duração do ciclo, da modificação do tamanho dos folículos, aumento da quantidade de folículos por área, além da própria remoção da causa que levou ao problema da queda dos fios.

Quadro 7 – Principais tratamentos farmacológicos para tricotilomania

Principais tratamentos farmacológicos para alopecia causada por tricotilomania				
Diagnóstico	Tratamento	Dose usual	Risco mais frequente	Comentário
Tricotilomania	Cloridrato de fluoxetina	Cápsulas de 10 e 20 mg, iniciar com doses baixas (10 - 20 mg), aumentando gradativamente até 40-60 mg/dia	Insônia, náuseas, diarreia, sonolência, cefaleia, ansiedade, anorexia, xerostomia, redução da libido, retardo na ejaculação, dispepsia	Considerar falha terapêutica apenas após 10-12 sem do início do tratamento, mas não houve melhora
	Cloridrato de clomipramina	Drágeas de 10, 25 e 75 mg. Início com 25 mg/dia, aumentar até dose máx. de 100 mg/dia (máx. 250 mg/dia) dividida ou 1x/noite	Hipotensão postural, náuseas, vertigem, sonolência, boca seca, constipação intestinal, ganho de peso, redução da libido, retardo na ejaculação	Evitar na fase aguda do infarto; alternativa à fluoxetina

Fonte: Gusso e colaboradores modificada.²

7.3.4 Quando encaminhar para o especialista focal

O encaminhamento para especialista focal, ou atendimento na atenção secundária é indicado nos seguintes casos apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 - Principais motivos que justificam encaminhamento ao especialista

Principais motivos que justifiquem encaminhamento para especialista
<ul style="list-style-type: none"> - Casos de alopecias cicatriciais; - Alopecia androgenética em adolescentes e crianças sem sinais de puberdade precoce; - Casos de alopecia areata extensa (área de perda > 50%), bem como nas formas total e universal; - Casos de alopecia areata em crianças e mulheres gestantes. Falhas nas terapêuticas intralesional ou tópica na alopecia areata; - Evidência laboratorial de hiperandrogenismo, quando a investigação e o manejo não puderem ser feitos na atenção primária à saúde; - Necessidade de realização de biópsia; - Casos com doenças subjacentes que necessitem de acompanhamento na atenção secundária; - Pessoas com desejo de recorrer aos implantes de cabelo como opção terapêutica; - Apresentações atípicas, incerteza diagnóstica e evolução desfavorável. Alopecia em pessoas imunocomprometidas.

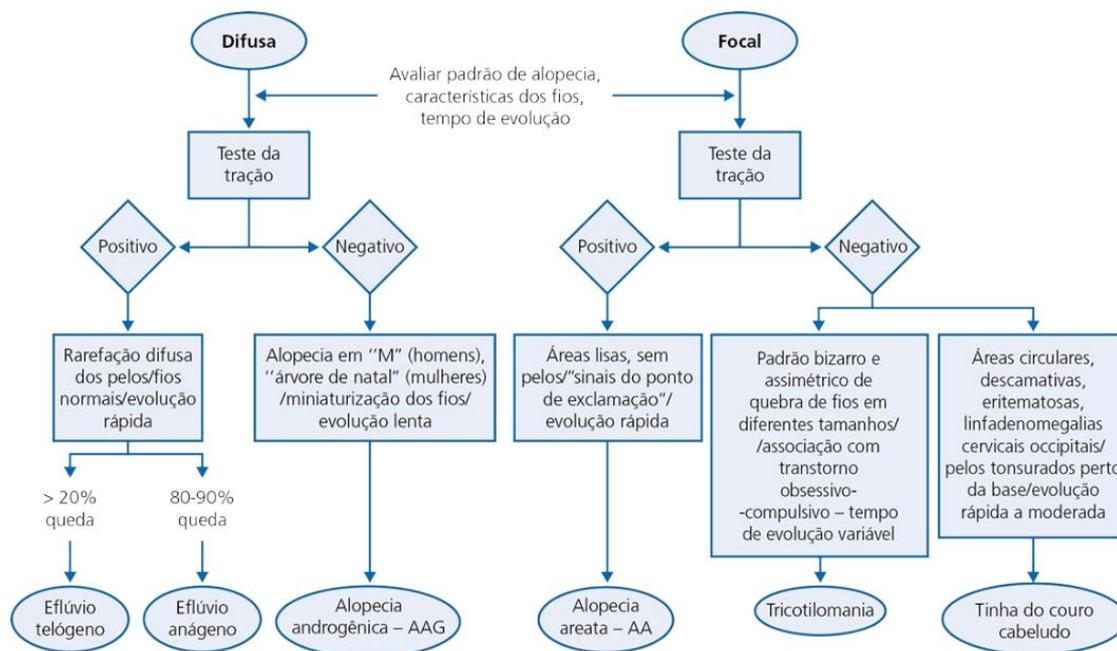
Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.3.5 Prognóstico

Na alopecia androgenética, ocorre redução progressiva dos cabelos que demoram anos a acontecer, e sem tratamento as áreas sem folículos, lisas, deixam

de responder às medicações.

Fluxograma 1 - Fluxograma de diagnóstico da alopecia não cicatricial.



Fonte: Gusso G e colaboradores.²

7.4 Prurido

7.4.1 Definição

O prurido pode ser descrito como uma sensação desagradável que desperta no paciente uma vontade incontrolável de se coçar. Dentre os pacientes que vão às unidades de saúde da família é uma das queixas mais frequentes, podendo afligir a pacientes de todas as idades, com as mais variadas causas a depender da idade e condições socioeconômicas. Na atualidade já se sabe que o mecanismo que leva ao prurido é complexo, e envolve estruturas múltiplas no cérebro e na medula, com os mais diversos mediadores envolvidos.^{33,34,35}

Tem sido observado aumento da prevalência do prurido crônico com a idade. Na Alemanha, foi realizado estudo com mais de 11 mil pessoas, que demonstrou tal alteração, sendo que em pessoas de 16 a 30 anos observou-se uma prevalência de 12,3% de prurido crônico, e por outro lado, em pessoas de 61 a 70 anos, a prevalência chegou a 20,3%.³⁵

7.4.2 Classificação

Existem diversas causas de prurido, e em geral são divididas por conta do tempo de apresentação, sintomas por período menor que 6 semanas, as agudas, e as crônicas quando os sintomas perduram por mais de 6 semanas.^{36,37,38}

Quando crônico, podemos ainda classificar a depender dos tipos de alterações que encontramos ao exame físico, desse modo, podendo haver inflamação primária com prurido, pele normal com prurido, e prurido secundário ao ato de coçar as lesões primárias.^{36,37,38}

Ademais, ainda podemos classificar com base no local que os estímulos foram gerados: prurido dermatológico: como na urticária, na xerose cutânea e na escabiose, em geral, relaciona-se ao aguçamento de receptores de prurido na derme e epiderme; prurido sistêmico: como no linfoma de Hodgkin, e outras doenças sistêmicas relacionadas com os rins, fígado, sangue e até ao uso de medicamentos; prurido neurológico: pode ocorrer em diversas doenças como a esclerose múltipla, e tumores cerebrais, e é secundária à ativação de componentes da via do prurido; prurido psicogênico: pode ocorrer associado a quadros de esquizofrenia e depressão; prurido de etiologia mista: é quando mais de um componente causal está presente; prurido de etiologia desconhecida.^{36,37,38}

7.4.3 Anamnese

É importante que se distingam entre os pruridos agudos e crônicos. E todas as características que acompanham tal sintoma, tais como, o surgimento se abrupto ou insidioso, locais, tempo de manutenção do quadro, fatores de melhora ou piora do sintoma. E diferenciar se esse prurido é generalizado ou localizado, a fim de dividir reações dermatológicas e sistêmicas.^{2,39}

O médico examinador deve sempre se atentar ao caráter das lesões, se aparentam ser lesões primárias ou secundárias, além da existência ou não de sintomas simultâneos a essa queixa de prurido.^{2,39}

A farmacodermia é causa importante de prurido, muitas vezes negligenciada, e na infância confundida com as doenças exantemáticas, mas pode ser causada por uma enorme gama de medicamentos usados, tais como antibióticos e corticosteroides. Nos adultos, analgésicos, antibióticos, anti-inflamatórios são algumas das classes que podem gerar farmacodermia.^{2,39}

Ademais, é importante citar que são inúmeras as doenças sistêmicas que podem transcorrer com prurido, as doenças hepáticas obstrutivas, doença renal, o próprio diabetes melito, linfomas, ancilostomíase, e diversas situações mais.

A causa psicogênica pode ser aventada no caso de mesmo com anamnese e exame físico bem feitos não indiquem a causa provável. É importante ressaltar que este é um diagnóstico de exclusão, e que em geral, está acompanhado de demais sintomas que sugiram um quadro de saúde mental concomitante.^{2,39}

A dermatite atópica é uma das causas mais comuns de prurido tanto em adultos quanto em crianças, muito presente nas unidades de saúde da família. Pode ter lesões agudas, subagudas e crônicas, que se iniciam ainda na infância, durante a fase de lactente. Ao ser questionado, é frequente o paciente contar sobre história pregressa de rinite alérgica e asma. É imprescindível também a pesquisa de história da família, com presença de atopia. E de modo, clássico, o paciente apresenta pele seca, e o prurido, com melhora durante o verão e crises durante o inverno.^{36,41}

A dermatite de contato é causa frequente nos pacientes com queixa de prurido, se caracteriza por ser uma doença da pele inflamatória, e é causada por agentes externos que têm contato com a pele, podendo ser ocasionada pelos mais diferentes tipos de agentes externos. É provável que o contato com alguma substância gere lesão de pele através de fenômenos irritativos, alergênicos, foto tóxicos e fotoalergênicos.³⁶

A dermatite seborreica é uma doença extremamente prevalente, com incidência maior nos primeiros meses de vida, na adolescência e na vida adulta. Percebe-se também uma certa sazonalidade, com piora nos meses de inverno, além de predileção pelo sexo masculino.^{42,43,44}

A urticária tem característica de aparecimento súbito, de lesões - urticas - as quais são sempre pruriginosas, que aparece em decorrência da liberação de histamina pelos mastócitos. Os desencadeantes podem ser os mais diversos, conforme descrito na tabela. E pode chegar a ser crônica quando ultrapassa duração de 4 a 6 semanas, e nesses casos, as lesões são menos graves/intensas, são mais localizadas. A descoberta do agente causador pode ser extremamente difícil, principalmente nos casos crônicos.⁴¹

Quadro 9 - Principais causas de prurido

Principais causas de prurido	
Causas comuns	Causas incomuns
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatite atópica • Urticária • Picada de inseto • Infecção por oxiúros • Escabiose • Líquen plano • Psoríase • Xerose cutânea • Prurido colestático • LRC • Depressão • Esquizofrenia • Prurido induzido por medicamentos • Doenças hepáticas • Prurido pós-queimaduras 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascariíase • Amebíase • Giardíase • Larva migrans cutânea • Esquistossomose • Infecção por tênia • Triquinelose • Dermatite herpetiforme • Anemia ferropriva • Penfigoide bolhoso • Neuropatia periférica diabética • Linfoma de Hodgkin • Policitemia vera • Infecção pelo HIV • Disfunção tireoidiana • Prurido paraneoplásico • Tumor cerebral • AVC • Prurido psicogênico • Transtorno delirante persistente • Filariose • Infecção por <i>Strongyloides</i>
LRC, lesão renal crônica; HIV, vírus da imunodeficiência humana; AVC, acidente vascular cerebral.	

Fonte: BMJ Best Practice.⁴⁰

7.4.4 Exame físico e diagnóstico relacionados

O exame físico de pacientes com queixa de prurido, precisa ser detalhado, incluindo todos os sintomas, haja visto que muitas vezes a causa não é limitada, e sim sistêmica. Destaque, evidente, para o exame da pele, que necessariamente é a parte de maior importância.³⁵

Para que se realize um exame semiológico da pele, precisamos de luz uniforme, com predileção para luz solar, ademais é conveniente que o paciente esteja desnudo para um exame mais completo.³⁵

Para caracterizar a intensidade do sintoma de prurido, podemos usar uma escala visual analógica, e pedir que o paciente estime tal sintomas.²

Quando a causa é sistêmica, tal como no prurido de origem neurológica e/ou no de origem psicológica, a pele não tem alterações relacionadas ao sintoma, mas em geral está com lesões secundárias e decorrentes das coçaduras que o paciente inflige a si mesmo, tais como escoriações e liquenificação, do mesmo modo que pode ocorrer no prurido que ocorre após queimaduras.²

Quadro 10 - Fatores desencadeantes da dermatite atópica e urticária

Fatores desencadeantes de dermatite atópica e de urticária		
Fatores desencadeantes comumente relacionados com dermatite atópica	Fatores desencadeantes comumente relacionados com urticária	
<ul style="list-style-type: none"> • Ovo • Soja • Leite de vaca • Amendoim • Peixe • Antimicrobianos • Inalantes • Estresse emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Poeira • Penas • Pólen • Perfumes • Cosméticos • Desinfetantes • Peixes • Mariscos • Ovos • Crustáceos • Leite • Carne de porco • Nozes 	<ul style="list-style-type: none"> • Trigo • Chocolate • Conservantes • Corantes • Penicilinas e outros antibióticos • Vitaminas • Analgésicos • Opióides • Antiespasmódicos • Laxativos • Vacinas • Frio • Calor

Fonte: Fitzpatrick e colaboradores.⁴¹

Algumas patologias que tem o prurido como sintoma importante podem ser diagnosticadas apenas clinicamente, através de anamnese e exame físico detalhados, sem necessariamente uso de exames adicionais, como na xerose cutânea, nas picadas de insetos, na neuropatia diabética, prurido pós herpético, depressão, esquizofrenia e nos transtornos somáticos, hoje conhecidos por distúrbios somatoformes.²

A xerodermia ocorre em diversas situações patológicas, como no diabetes, dermatite atópica, e no prurido senil, sendo extremamente possível identificar no consultório e tratar com sucesso.²

Nos pacientes com dermatite atópica é imprescindível, conhecer as apresentações da doença conforme a faixa etária do paciente que está sendo atendido. Nos lactentes, é comum apresentação com eritema generalizado, e descamação, acometendo inclusive a região da face, já nas crianças maiores, quando se trata de quadro agudo, é possível ver uma pele edemaciada, podendo ter associadas lesões com crostas, úmidas, lineares ou puntiformes. Por contraponto, nos adultos há propensão pelas áreas flexoras, punhos, pálpebras, dorso de mãos e pés. Em todas as faixas etárias, nos pacientes com prurido crônico, é comum ocorrer a liquenificação da pele, e acentuação de sulcos das regiões acometidas.^{2,33}

Já na dermatite de contato, também podemos fechar o diagnóstico com base

em exame físico e anamnese detalhados, com variação importante de lesões que podem ser identificadas, tais como urticárias, pápulas, liquenificação, púrpuras, pústulas e até lesões hipercrômicas. Independentemente de ter origem irritativa ou alérgica, apresentam semelhante morfologia, mas se diferenciam conforme a evolução temporal, de modo que os eczemas agudos, é comum que apresentem, eritema, edema, vesículas, bolhas e exsudato, no subagudo, já predominam a presença de crostas, em contraponto, no crônico, espera-se encontrar predomínio de descamação e liquenificação da pele.²

Os pacientes acometidos pela dermatite seborreica apresentam coloração de pele que varia de vermelho-alaranjado para branco-acinzentado, com descamação seca e esbranquiçada, além da presença de pápulas de tamanhos variados. Na dobra retroauricular podem ser encontradas crostas aderentes, ademais a descamação do couro cabeludo se faz presente, chamada de caspa. As lesões são encontradas nas áreas com pelos da cabeça, couro cabeludo, sobrancelhas, pregas nasolabiais, axilas, região inguinal e genital, com predileção pelas áreas de dobras.²

As lesões urticariformes, podem ser pequenas, com apenas alguns milímetros podendo variar a grandes lesões que alcançam diversos centímetros de tamanho, podendo ser extremamente localizadas e até atingir o corpo todo. Destacam-se nelas a vermelhidão extrema, e o prurido intenso. Podem ter alterações de cor no centro, e formar diversos “desenhos”, com contornos circulares, semelhantes a arcos, ou até serpiginosos.²

O prurigo, tem por característica lesões agudas, com pápulas, que podem variar em morfologia, podendo ainda apresentar edema e em sua região central podem ser encontradas vesícula única e pequena, sendo mais comum ao estrófulo esta última. Costumam desaparecer rapidamente, após algumas horas, as lesões urticariformes, permanecendo as pápulas e vesículas.²

Nos pacientes com quadros de farmacodermia, as morfologias das reações cutâneas podem ser das mais diversas, como exantema súbito, eritema pigmentar fixo, e quaisquer outras formas, vão apresentar prurido mais intenso naqueles quadros com lesões parecidas às urticárias.²

O líquen simples crônico se apresenta com placas restritas, somado a anamnese que revela quadro compatível com dermatite atópica. É comum a formação de placa sólida liquenificada, em sua morfologia tem placas e pápulas diversas com prurido predominante.⁴⁴

Já na pitíriase rósea, quadro autolimitado, com presença, inicialmente, de lesão única, pequena e redonda ou ovalada, com coloração salmão ou rósea, com fina descamação nos bordos internos das lesões. É mais comum ocorrer no tronco, mas pode também surgir no pescoço e membros. Na grande maioria dos pacientes não há prurido, mas pequena parcela pode apresentar tal queixa. Em geral, como dito anteriormente, são autolimitadas e regredem em 6 a 12 semanas, sem a necessidade de instituir tratamentos específicos.²

7.4.5 Exames complementares

Os exames serão selecionados após anamnese e exame físico detalhados, não sendo uma regra para todos os pacientes que se apresentam com prurido.^{2,3}

Nos pacientes que tiverem aparência de pele saudável, ou com lesões secundárias ao ato de coçar, exames laboratoriais, tais como hemograma, velocidade de hemossedimentação, ferro sérico, funções hepática e renal, glicemia e tireotrofina podem ser solicitados. Alguns demais casos selecionados podem ser solicitados a sorologia para HIV. Sempre que houver dúvidas, é possível pedir biópsia, com a finalidade de excluir doenças que estejam camufladas nas lesões secundárias.³³

Doenças dermatológicas com características alérgicas, tais como a dermatite de contato e urticárias, pode ser considerada a solicitação de imunoglobulina E, o famoso IgE, existem os específicos para cada tipo de alérgeno, também os testes de imuno sensibilidade por alérgenos específicos, por fim, ainda há a ferramenta da biópsia de pele.²

Pensando ainda em condições etiológicas sistêmicas, há a possibilidade de biópsia de linfonodos, quando há a necessidade de descartar linfoma de Hodgkin, nos pacientes com prurido neoplásico. Há a possibilidade de aspirado de medula óssea pensando em policitemia *vera* e demais neoplasias hematológicas. Para pesquisar as causas neurológicas de prurido, tais como o acidente vascular encefálico e a esclerose múltipla, são necessários exames de neuroimagem, como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, mas em geral, serão exames solicitados por especialistas focais.^{2,33}

Na prática do médico de família, em geral, os exames solicitados seguem a lista de causas mais frequentes de prurido, a depender da idade, conforme foi citado anteriormente.³³

7.4.6 Tratamento

O tratamento das lesões agudas, em geral, é fácil, pois a maioria das lesões de pele tem características e morfologia que indicam a causa específica da pele. Diferentemente, de casos crônicos, que mesmo fazendo extensa investigação diagnóstica, não é possível identificar a causa, e ainda assim, mesmo antes de pensar em referenciamento ou realização de biópsia, é interessante tratar o sintoma pensando nas causas mais prevalentes.⁴³

É fundamental, no tratamento, realizar o estímulo aos cuidados diários com a pele, uso de hidratantes, a foto proteção, uso de sabonetes neutros e glicerinados, apenas em dobras, sem que ocorra o uso em demais áreas de qualquer sabonete, apenas higiene com água. Além de evitar o uso de agentes irritativos - tais como produtos de limpeza e lãs - evitar também o banho com água quente e o ato de coçar deve ser detido a todo custo. Todas essas medidas, na grande maioria dos casos, possuem efeito terapêutico satisfatório e também na prevenção de novos quadros.²

Pode se lançar mão também de tratamento farmacológico nos casos de prurido bem localizado, através do uso dos corticoides sistêmicos, sendo adequados nas doenças inflamatórias de pele, como a dermatite atópica, lembrando-se sempre de orientar que paciente não exceda de 7 a 10 dias de uso, para evitar que ocorra atrofia da pele no local de uso do corticoide. Para ajudar no controle do prurido, podem ser usadas loções antipruriginosas compostas por mentol e cânfora, com aplicação local, e ainda temos como ferramentas os anti-histamínicos, alguns exemplos estão presentes na tabela abaixo.^{2,43}

Quadro 11 - Anti-histamínicos de uso comum na clínica

Anti-histamínicos de uso comum na clínica	
Anti-histamínicos com efeito sedativo	Anti-histamínicos sem efeito sedativo
<ul style="list-style-type: none"> ● Hidroxizina (25-100 mg/dia) ● Prometazina (25-50 mg/dia) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Astemizol (10 mg/dia) ● Cetirizina (10 mg/dia) ● Desloratadina (5 mg/dia) ● Fexofenadina (180-360 mg/dia) ● Loratadina (10 mg/dia)

FONTE: Duncan BB e colaboradores.⁴³

Em casos de lesões com infecções bacterianas secundárias a lesão inicial, o tratamento com as penicilinas ou eritromicina é imprescindível, e pode ser feito local ou sistêmico, a depender das condições da lesão, associada à necessidade de realizar curativo úmido diário, com corticoides tópicos - não passando de 10 dias de

uso. Em quadros subagudos, a hidratação é fundamental com emolientes, tais como a vaselina hidratada.⁴³

Corticoides sistêmicos, hoje têm sido usados sem critério, quando na verdade, deveriam ficar reservados para casos mais sérios. Adultos podem ter benefício importante do uso de prednisona com 60 a 80 mg ao dia, por 2 dias consecutivos, seguidos por redução da dose a cada 2 dias e retirada em 6 dias. As opções que deveriam ser usadas com mais frequência estão descritas na tabela abaixo. Lembrando sempre, de reservar o uso de tacrolimus e pimecrolimus para casos graves.⁴³

Quadro 12 - Tratamento da dermatite atópica

Tratamento da dermatite atópica.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Emolientes basais ● Corticoides tópicos (hidrocortisona creme, 1%, ou dexametasona creme, 0,1%) nas exacerbações ● Antibióticos, quando em vigência de infecções bacterianas secundárias ● Anti-histamínicos para controle do prurido ● Pimecrolimo creme, 1%, e tacrolimo pomada, 0,03% ou 0,1%* 	
*São medicamentos relativamente novos, e o uso prolongado não foi devidamente estudado.	

FONTE: Adaptado de Fitzpatrick e colaboradores.⁴¹

Na dermatite de contato, a medida terapêutica de maior importância é evitar o contato com o alérgeno ou agente irritante. No local, podem ser usados corticoides associados ou não a antibióticos por períodos limitados de tempo. Novos dados, dão suporte para uso de imunossupressores tais como pimecrolimo e tacrolimo como alternativa aos corticoides para uso em locais de pele extremamente fina. Nos casos de maior gravidade, é possível o uso de corticoides sistêmicos, a prednisona é uma opção, com doses de 0,5 a 2 mg/kg/dia, sempre realizando redução da dose, para desmame total em até dez dias.⁴²

Nos pacientes com quadros de dermatite seborreica, há a opção de uso de loções e xampus de cetoconazol a 2% com eficácia bem documentada. Outras opções são xampus de sulfeto de selênio e piritionato. Quadros crônicos podem ter com alternativa ao cetoconazol, o alcatrão, e na falência desses, recorre-se ao uso de enxofre precipitado a 3% e ácido salicílico a 2% em base oleosa, e ainda, se houver falha terapêutica, pode ser feito uso de hidrocortisona a 2% por períodos máximos de 10 dias.^{42,43}

A urticária, em suas formas mais leves, pode ser manejada com uso de anti-histamínicos. Entretanto, em formas mais graves, os corticoides são opção para uso

por 7 a 10 dias, sempre usando doses decrescentes para desmame. Alguns agentes tópicos como pasta d'água e talcos mentolados podem ajudar no controle do prurido.

Na pitiríase rósea, conforme dito acima, o curso é autolimitado, e alguns pacientes apresentam prurido, então a terapêutica se volta para controle desses sintomas, a fim de evitar infecções secundárias. Desse modo, as opções são as loções antipruriginosas, os anti-histamínicos e os corticoides tópicos e sistêmicos. Pode haver melhora das lesões com a exposição ao sol nos casos que se institui terapêutica nos sete primeiros dias.⁴²

O líquen simples crônico apresenta tratamento prolongado e difícil. O foco nessa moléstia é evitar a coçadura, e assim, ferramentas, como uso de ataduras oclusivas pode ser feito no período noturno, sem ou com o uso de substâncias como a acitretina ou corticoides tópicos. Curativos com preparações de óxido de zinco e alcatrão cru a 5% em gaze e cobertas por plástico podem ser aplicados e mantidos por 24 horas, ajudando com a melhora do quadro.⁴⁵

Nos pacientes com quadro de prurido senil, as medidas terapêuticas tem pouca resolução. O ideal é a identificação da causa primária com tratamento desta. Entretanto, nem sempre é possível realizar tal determinação, e aí se faz necessário o uso de anti-histamínicos sedativos, principalmente no período noturno, e sempre orientando que sejam evitados os banhos quentes.^{42,43}

Naqueles casos de prurido anal, o foco também consiste em determinar a causa base e tratá-la, podendo ser necessário uso de antiparasitários, antifúngicos ou até mesmo outras substâncias. Em alguns casos, anti-histamínicos, corticoides locais e a lidocaína tópica a 5% conseguem ajudar com a redução do sintoma durante a investigação e instituição de tratamento de base.⁴²

Nas demais patologias sistêmicas que cursam com prurido, o tratamento se volta para a causa base, e é específico em cada uma das causas.

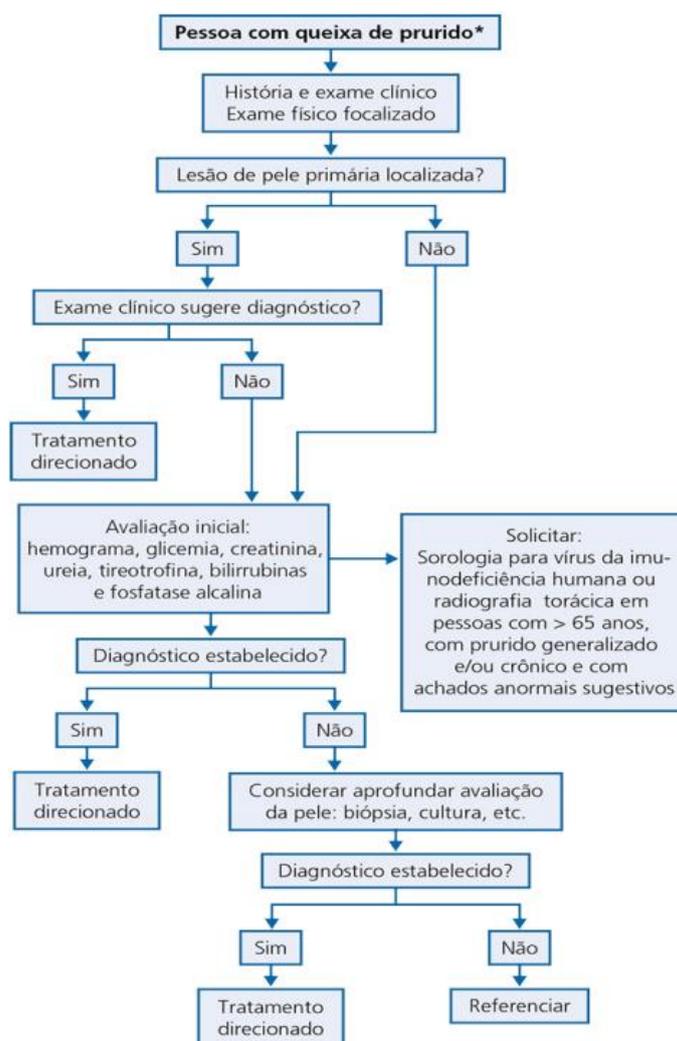
7.4.7 Quando encaminhar para o especialista focal

A grande maioria dos pacientes não necessita de encaminhamento. Entretanto, em casos que se faz necessária a biópsia de pele o referenciamento se faz imprescindível. Pacientes com psoríase, e outras doenças que não tenhamos acesso aos tratamentos propostos mais modernos e eficazes também deverão ser encaminhados quando houver falha com as terapêuticas disponíveis na realidade da

medicina de família.²

Há que se destacar os erros mais frequentes cometidos ao tratar o prurido são o uso indiscriminado de corticosteroides sistêmicos, e a falta de orientação ao paciente e aos familiares sobre os riscos do uso contínuo desses fármacos. Outro erro importante é não orientar a respeito das mudanças comportamentais necessárias para o controle do quadro, e manutenção desses cuidados no cotidiano.²

Fluxograma 2 - Investigação do paciente com prurido



Fonte: Gusso e colaboradores.²

A maioria das patologias que cursa com o sintoma de prurido tem prognóstico benigno, porém no caso da dermatite atópica e da psoríase há importante alteração da qualidade de vida dos pacientes, por conta do curso crônico das doenças.²

Por fim, mas não menos importante, há que se dizer que o prurido pode ser abordado por qualquer profissional da equipe, mesmo o enfermeiro da atenção primária, atuando em conjunto com o médico para controle dos sintomas do paciente

e tratamento da causa base.²

7.5 Sudorese

7.5.1 Definição

A sudorese consiste em um dos mecanismos existentes no corpo para realizar a regulação da temperatura corporal, é produzido pelas glândulas sudoríparas écrinas. Tais glândulas existem em abundância na pele, em número de 2 a 4 milhões de glândulas, dispostas de maneira irregular por praticamente toda a superfície da pele, sendo que as maiores concentrações estão nas palmas das mãos, plantas dos pés e axilas. Sabe-se que uma pessoa bem adaptada pode suar litros por hora, colinérgicas, e sua atividade depende de fatores térmicos, osmóticos, mentais e gustativos.^{45,46}

A hiperidrose ou sudorese excessiva, pode ser classificada em fisiológica, primária ou secundária. É dita fisiológica em casos que o paciente está passando por aclimatação em climas mais quentes do que o anteriormente habitado, e sudorese que ocorre quando há consumo de especiarias, como pimentas, ou durante a menopausa, e o próprio suor durante esforço físico ou até mesmo secundário a obesidade. Nos casos de hiperidrose secundária, é importante saber que as causas podem ser as mais diversas, desde endócrinas, neoplásicas, disfunções neurológicas, infecções, malformações, uso de medicamentos e iatrogenias.⁴⁶

A hiperidrose primária tem causa ainda desconhecida, com prevalência de 1 a 3%, acometendo pacientes de ambos os sexos igualmente, sendo que quando o paciente está exposto a ansiedade, medo e estresse há piora importante dos sintomas. Acomete de 0,6 a 1% da população geral, com início, na infância ou adolescência, variando de $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{2}$ dos casos com história familiar com quadro semelhante.^{45,47}

A hiperidrose primária ocorre em decorrência de funcionamento excessivo do sistema sudomotor, sem causa aparente desencadeando tal processo. Já se tem conhecimento que as glândulas écrinas, nesses pacientes, apresentam morfologia e funcionamento normais, porém são hiperativas por estímulo adrenérgico. Em momentos com emoção e estresse é desencadeada, mas não durante o sono, o que é completamente diferente da hiperidrose fisiológica que ocorre principalmente ativada pela necessidade da termorregulação, ocorrendo inclusive em momentos de

sono, e independe do nível de consciência do paciente.^{48,49,50}

A definição exata da hiperidrose primária se dá como condição de sudorese excessiva e localizada, sem causa aparente, com duração de pelo menos 6 meses, e com no mínimo duas das seguintes características apresentadas no Quadro 13.

A transpiração pode ocorrer de modo episódico, e a quantidade de transpiração pode variar de mínimo até a suor pingando no chão. Em geral, há a sensação de mãos e pés frios, com temperatura mais baixa, de fato, e presença de umidade em ambos. A coloração da pele também pode apresentar-se alterada, com variação de rubor a palidez, e o edema pode ocorrer em dedos.⁵¹

Quadro 13 - Características clínicas da hiperidrose primária

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bilateral e simétrica - Prejudicial às atividades diárias - Pelo menos um episódio por semana - Início antes dos 25 anos de idade - História familiar positiva - Parada da sudorese focal durante o sono |
|---|

Fonte: Adaptado de Gusso G e colaboradores.²

Quadro 14 - Causas da hiperidrose secundária

Causas de hiperidrose secundária	
<p>Hiperidrose secundária localizada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devido a infarto cerebral - Associada a lesão de medula espinal - Associada a outras doenças do sistema nervoso central: - Associada com doenças do sistema nervoso periférico - Sudorese gustativa - Sudorese lacrimal - Síndrome de Harlequin - Hiperidrose idiopática localizada - Associada com doença cutânea local 	<p>Hiperidrose secundária generalizada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associada a doença do sistema nervoso central - doença de Parkinson - Associada com febre e infecção crônica - tuberculose, malária, brucelose, endocardite - Associada com doenças metabólicas e sistêmicas - hipertireoidismo, diabetes mellitus, acromegalia, hipercortisolismo - Associada com malignidade - leucemia, linfoma, feocromocitoma - Induzida por medicamentos - síndrome serotoninérgica - Síndromes tóxicas - álcool, abstinência de opióides, <i>delirium tremens</i> - Associada com doenças do sistema nervoso central e periférico - Iatrogênica

Fonte: Adaptado de Gusso G e colaboradores.²

É importante citar que existe ainda a diferenciação entre a forma generalizada e as formas localizadas, tais como axilar, de mãos e pés e até mesmo facial. E nesses casos, pensando nas causas secundárias, na apresentação generalizada, as doenças que ocasionam aumento de metabolismo, como doenças infecciosas ou alterações da tireoide devem ser consideradas. Por outro lado, na hiperidrose secundária focal, deve ser levada em conta causas neurológicas, e a ocorrência irá depender do nervo

afetado.⁵²

7.5.2 Repercussão social e na qualidade de vida

Os pacientes acometidos pela hiperidrose primária, passam por muitas vezes por situações constrangedoras, com repercussões não apenas na vida pessoal e profissional. Na infância já pode repercutir com afastamento das atividades em grupo, agravando tal situação com a chegada da adolescência, principalmente pelo fato de nessa fase já ter estreitamento de laços interpessoais.

Já é conhecido que a qualidade de vida do paciente com hiperidrose pode ser comparada com doenças graves e crônicas.^{51,53}

Ademais, as repercussões também existem no âmbito patológico, com maior predisposição ao desenvolvimento de doenças secundárias, tais como micoses, infecções bacterianas, verrugas virais, bromidrose e eczemas. No caso da bromidrose, associado ao excesso de suor, ocorre associação a um odor desagradável em pés, e axilas, principalmente, decorrente de degradação bacteriana de queratina macerada. Com isso, medidas que podem auxiliar são, higiene adequada com uso de sabonetes antissépticos, com troca mais frequente das roupas, ajudando no controle desse sintoma incômodo.^{45,48}

7.5.3 Anamnese

A anamnese detalhada aqui se volta para definição das causas, se fisiológica, primária ou secundária²

7.5.4 Exame físico

O exame físico pode ser normal, ou pode haver umidade excessiva nas regiões acometidas.²

7.5.5 Indicação de exames

Podemos lançar mão do teste de iodo-amido, para se determinar as áreas acometidas pela hiperidrose. Aplica-se solução de iodo a 2% na região, e aguardar secar, após isso, deve-se polvilhar amido de milho em pó ou arroz em pó sobre a área. Nessa região ocorre uma reação do suor com o iodo, e desse modo se apresenta uma coloração preto-azulada no amido. Tal teste é interessante para determinar as áreas

que o tratamento será aplicado.^{2,52}

7.5.6 Diagnóstico

No caso da hiperidrose primária é possível clinicamente fechar o diagnóstico.²

7.5.7 Tratamento

O foco principal é reduzir a repercussão na qualidade de vida do paciente acometido. Existem opções clínicas e cirúrgicas disponíveis. Ademais, as orientações também acabam por ajudar no controle ou redução dos sintomas, de modo que devem ser evitados o uso de sapatos fechados e de borracha. A preferência deve ser para o uso de meias de algodão, as quais devem ser trocadas com maior frequência, os sapatos também devem ter seus usos alternados, visando que haja a possibilidade de que sequem antes de um novo uso, prevenindo inclusive as infecções secundárias que poderão surgir.²

Precisamos orientar que substâncias como especiarias, café e álcool podem aumentar a sudorese e por isso, cada paciente deve observar e evitar nesse caso seu uso.^{45,51,54,55}

A respeito do tratamento clínico, existem opções de uso local, como os antitranspirantes, a iontoforese e o uso de toxina botulínica, além das e sistêmicas que serão abordadas mais à frente neste tópico.

O uso de antitranspirantes diariamente, é uma opção necessária, agem através do bloqueio de suor, são opção válida para pacientes com quadro de hiperidrose palmar e axilar de leve a moderadas intensidades. O cloreto de alumínio a 20% é a opção mais utilizada. Deve ser aplicado na pele seca, com preferência para o período noturno, e retirada ao amanhecer. Inicialmente, deve ser usado de 3 a 5 noites em uma semana, ao atingir níveis satisfatórios de melhora, com 1 a 2 semanas de uso, o uso deve ser limitado apenas a 1 ou 2 vezes na semana. Infelizmente, alguns pacientes podem apresentar irritação local e queimação, podendo esses serem impeditivos para a continuidade do tratamento.⁵⁶

Em casos de hiperidrose em região de crânio e face, há a opção de usar os anticolinérgicos tópicos, como o glicopirronato de 0,5 a 2 %. É importante salientar, que mesmo sendo tópicos, podem apresentar efeitos colaterais graves, tais como retenção urinária e glaucoma. Na terapia oral o risco de os efeitos colaterais surgirem

é maior, entretanto não podemos excluir a possibilidade na terapia tópica.⁴⁹

A iontoforese, é alternativa, podem ser feitas sessões em clínicas especializadas para tal atendimento, ou ainda em domicílio, pois já existem aparelhos de uso doméstico. O procedimento da iontoforese, se trata de submersão da área afetada em uma solução com íons e corrente elétrica em baixa voltagem. Em tratamentos iniciais são indicadas três sessões durante a semana, que podem ter maior espaçamento, de 7 a 15 dias conforme a resposta terapêutica. Entretanto não pode ser usado em todos os pacientes, é contraindicado para crianças, pacientes portadores de marca-passo e próteses metálicas nos locais do procedimento, além de gestantes. Por fim, no caso da hiperidrose plantar, as pacientes com presença de dispositivo intrauterino metálico como método contraceptivo, também estão fora da lista de pacientes liberados para realizar o procedimento.

Nos pacientes com hiperidrose axilar pura há a indicação de uso da toxina botulínica A, por meio de um bloqueio ação na placa neuro glandular, de modo que se reduz a liberação de acetilcolina, reduzindo a produção de impulso nervoso para a glândula sudorípara écrina. O teste anteriormente citado, do iodo-amido, é útil nessa ocasião, com a finalidade de determinar a área que será realizada a aplicação da toxina botulínica. Entretanto existem desvantagens, como a dor durante o procedimento, o alto custo envolvido, e a curta duração de efeitos, apenas 6 meses. É um procedimento contraindicado para pacientes com doenças neuromusculares, gestantes, causas secundárias de hiperidrose e distúrbios hematológicos.^{46,51,56}

No caso de optar por tratamentos sistêmicos, existem os fármacos anticolinérgicos. Tais drogas têm ação antagonista nos receptores muscarínicos, sendo a oxibutinina um dos fármacos mais utilizados, de 5 a 10 mg por dia. Doses maiores não são usadas normalmente, por conta da possibilidade de surgirem efeitos colaterais, tais como boca seca, constipação, retenção urinária, dispepsia, náuseas, vômitos e hipotensão postural. Pacientes com glaucoma estão contraindicados ao uso desses fármacos.

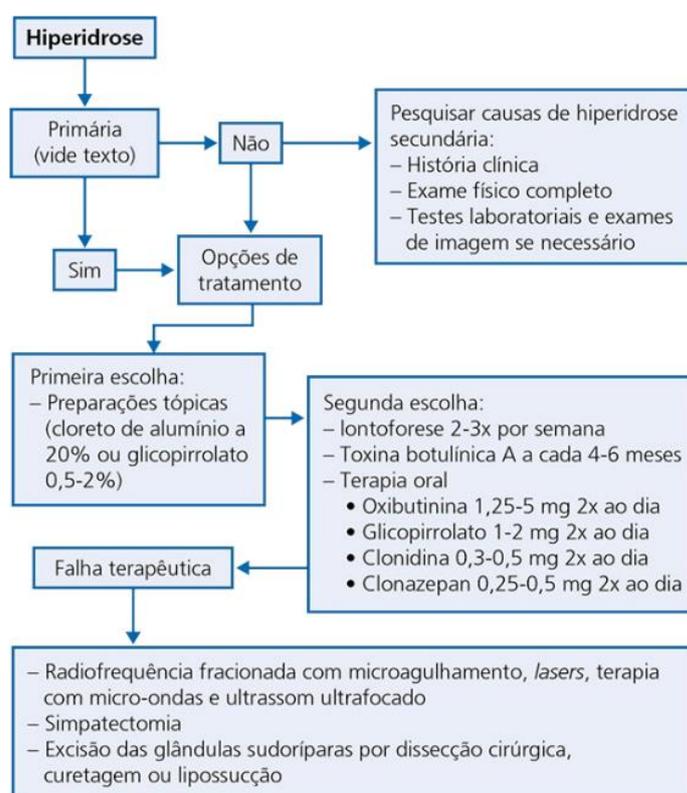
Nos pacientes com hiperidrose desencadeada por processos de ansiedade, pode ser lançado mão do uso de clonidina e clonazepam, entretanto, pode ocorrer, sedação, fraqueza, hipotensão.^{48,51}

Dentre as opções cirúrgicas, temos a possibilidade de excisão de glândulas sudoríparas, e simpatectomia torácica. A excisão das glândulas, pode ser indicada nos quadros de hiperidrose axilar, e pode ser feita através de lipossucção ou de

curetagem das glândulas, com grandes taxas de sucesso de até 90%. Por outro lado, apresenta riscos de complicações como infecção, cicatrizes e alterações na coloração da pele do local tratado. É indicada, em geral, naquelas pessoas que possuem quadro de moderado a grave com refratariedade às outras opções terapêuticas tentadas antes, e que não querem passar por uma cirurgia de simpatectomia.⁵⁶

Por fim, ainda nos resta explicar a respeito da simpatectomia, a mesma apresenta melhores resultados nos casos de pacientes com hiperidrose palmar. É realizada através da destruição de gânglios torácicos T2 e T3, realizado através de eletrocoagulação ou por cliques cirúrgicos. O grande problema encontrado nessa modalidade de tratamento, é a hiperidrose compensatória em outras áreas do corpo, além de outras complicações possíveis como pneumotórax, hemotórax. É uma medida extremamente invasiva, e é reservada para casos de falhas terapêuticas em todas as opções anteriores.⁴⁶

Fluxograma 3 - Abordagem da hiperidrose



Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.5.8 Quando referenciar para o especialista focal

Pensaremos em referenciar quando descobertas causas de hiperidrose

secundárias, tais como neoplasias, ou alterações neurológicas, ou no caso de se esgotarem as opções terapêuticas na atenção primária, o encaminhamento pode ser realizado para que sejam adotados tratamento cirúrgico ou a própria aplicação da toxina botulínica.

7.5.9 Prognóstico

Após a quarta década de vida, em geral, ocorre melhora do quadro espontâneo. Por outro lado, nas mulheres, pode haver agravamento dos sintomas durante o climatério. E como já citado anteriormente, deve-se abrir atenção para quadros de infecções bacterianas e fúngicas, que podem ocorrer com frequência. É importante manter apoio psicológico para os pacientes por conta dos estigmas e do próprio isolamento social que o paciente pode se colocar.

7.6 Hirsutismo

7.6.1 Definição

O hirsutismo é um crescimento anormal de pelos em mulheres, com padrão masculino, mais especificamente. E está relacionado a áreas dependentes de andrógenos, tais como, o mento, região supralabial, mamas, tórax anterior, dorso, abdome e porção interna das coxas. Tais áreas descritas apresentam em seus pelos receptores que na presença dos androgênios estimulam o aumento de diâmetro e o tamanho dos pelos.⁵⁷

O hirsutismo tem de ser diferenciado da hipertricose, que se apresenta de modo diferente, por ser um aumento do número de pelos *velus*, que nenhuma relação tem com o androgênio, pode ser ocasionada por fármacos, fatores hereditários, doenças endócrinas ou ser uma apresentação paraneoplásica.²

7.6.2 Causas

O hirsutismo tem algumas causas, mas as apresentações mais comuns são idiopáticas e a síndrome dos ovários policísticos (SOP), e como causas menos comuns, existem como causas as endocrinopatias, fármacos, tumores, hiperplasia suprarrenal congênita não clássica, hipertecose - que é o aumento da produção de tumores da teca ovariana -, e a síndrome de hiperandrogenismo, resistência insulínica e acantose *nigricans* (HAIR-AN), é muito semelhante a SOP, porém com maior ênfase

para os distúrbios da insulina e glicose. Ademais, o hirsutismo e hiperandrogenismo ainda podem ser causados por Síndrome de Cushing, hiperprolactinemia, acromegalia e distúrbios da tireoide, entretanto apresentam outras manifestações clínicas, que em geral, chamam mais atenção que o simples hirsutismo.^{57,58,59,60}

Pacientes com quadro clínico de virilização rápida devem abrir o alerta para condições malignas, tais como neoplasias ovarianas, suprarrenal ou causas exógenas, ou seja, o uso de fármacos.

Aproximadamente metade dos indivíduos com hirsutismo de moderado a leve podem ser definidos como idiopáticos e, em geral, hereditários. * Nesses casos, os ciclos menstruais não apresentam irregularidades, e não são detectáveis aumentos androgênicos.^{58,61}

A síndrome dos ovários policísticos, SOP, é a doença endocrinológica mais comum nas mulheres em idade fértil. É comum a ocorrência de infertilidade, e oligomenorreia, que é caracterizada por menstruação em intervalos irregulares e maiores que 35 dias. Já na puberdade os sintomas surgem, e progridem com o passar do menacme. * Os critérios de Rotterdam, dão o diagnóstico, quando presentes dois dos três.^{61,62}

1. Irregularidade menstrual - menos de 8 menstruações por ano e/ou ciclos com duração maior que 35 dias.
2. Evidências clínicas ou laboratoriais de hiperandrogenismo, como hirsutismo, acne, alopecia androgenética.
3. Presença de ovários policísticos no exame de ultrassonografia, caracterizada por 12 ou mais folículos de 2 a 9 mm de diâmetro ou aumento do volume ovariano acima de 10 ml.

Essas pacientes com SOP, apresentam maiores chances de desenvolver obesidade e diabetes mellitus tipo 2, além de eventos cardiovasculares. Entretanto, não são critérios obrigatórios para definição de diagnóstico.

Por outro lado, como citado acima, a hiperplasia adrenal congênita não clássica, é decorrente de distúrbio autossômico recessivo, que leva a uma deficiência da enzima 21-hidroxilase, que pode ser sintomática ou não. Há redução da produção de cortisol, que por mecanismo de feedback negativo. Quadros de pubarca precoce podem surgir nas crianças, aumento do tamanho do clitóris, aumento do crescimento na infância, com fechamento dos discos de crescimento antes do tempo, levando a baixa estatura na vida adulta. Já durante a adolescência e vida adulta, os sintomas

mais comuns são, acne, alopecia, hirsutismo e alterações do ciclo menstrual.⁶³

7.6.3 Anamnese

É fundamental coletar os dados da história da doença, saber início, evolução e progressão, investigar a data da menarca, padrão menstrual, ciclos, sangramentos, duração, história gestacional e familiar, além de buscar informações sobre sintomas como ganho de peso ou outros que possam indicar associação com endocrinopatia. Averiguar também sobre uso de medicações que possam levar a aumento de pelos.²

Quadro 15 - Fármacos que podem causar hirsutismo e hipertricose

Fármacos que podem causar hirsutismo e hipertricose	
Fármacos relacionados ao hirsutismo	Fármacos relacionados à hipertricose*
<ul style="list-style-type: none"> • Testosterona; • Danazol; • ACTH; • Metirapona; • Fenotiazinas; • Esteróides anabolizantes; • Progesteronas androgênicas: levonorgestrel, norgestrel e noretindrona; • Acetazolamida; • Ácido valpróico; • Fluoxetina; • Bupropiona; • Venlafaxina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclosporina; • Fenitoína; • Minoxidil; • Minociclina; • Psoralenos; • Penicilamina; • Hexaclorobenzeno; • Glicocorticóides; • Diazóxido; • Ácido azelaico; • Acitretina; • Citalopram; • Cetirizina.
*Fármacos que causam hipertricose são medicações não androgênicas.	

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.6.4 Exame físico

Não se pode deixar de aferir pressão arterial, peso e altura. Ademais, buscar por demais sinais de androgenismo, como acne, seborreia e alopecia androgenética, além da presença de acantose *nigricans*, ou seja, manchas acastanhadas e aveludadas nas regiões cervical e axilares, sugestionando a presença de resistência à insulina.²

No caso dos pacientes com síndrome de *Cushing*, podemos encontrar estrias violáceas, distribuição de gordura corporal em locais diferentes do habitual, presença de face em lua cheia, formação de giba, entre outras características.⁶⁴

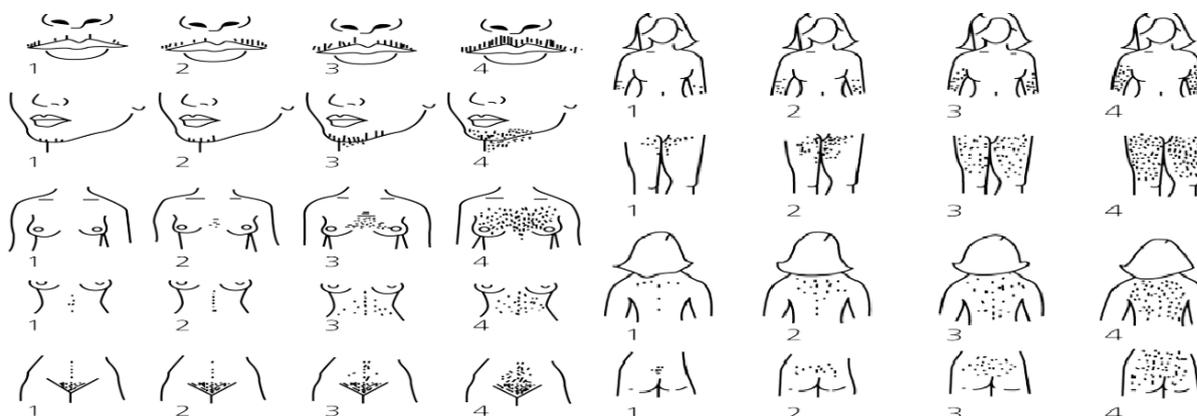
E em cada uma das causas citadas podem ser encontrados sinais específicos.²

7.6.5 Diagnóstico

Desse modo, com base na anamnese e exame físico somados, determinaremos sobre a presença de hirsutismo, hipertricose ou presença de pelos indesejados apenas.²

Ademais, precisamos determinar, através do escore de Ferriman-Gallwey modificado conseguimos determinar pontuações, de acordo com a presença de pelos em nove áreas do corpo. É dado o diagnóstico de hirsutismo se escore de 8 pontos ou mais. De 8 a 15 pontos, o hirsutismo é leve. Há limitações ao uso dessa escala, tais como as diferenças raciais, a presença de grande gama de possibilidades de depilação, além da subjetividade de avaliação do observador.^{57,60}

Figura 7 - Escore semiquantitativo de hirsutismo



Fonte: Ferriman e Gallwey.⁶⁵

7.6.6 Exames complementares

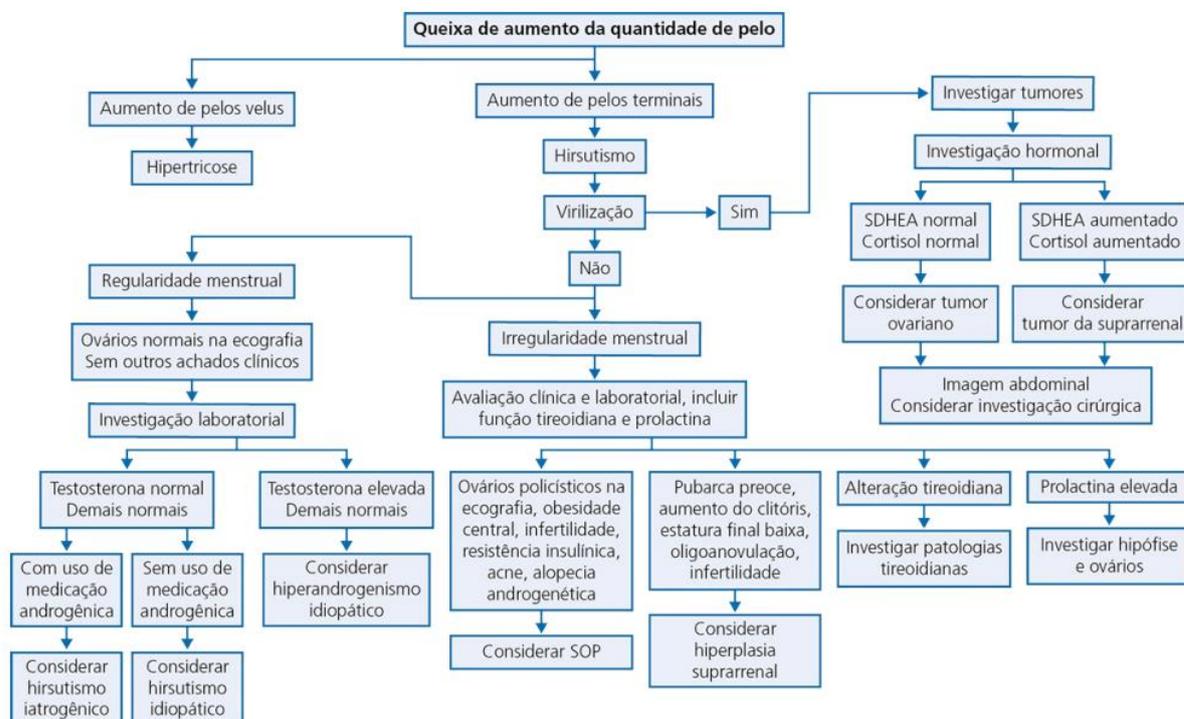
As hipóteses diagnósticas levantadas a partir do exame clínico irão guiar os exames complementares.

Nos pacientes com hirsutismo leve sem história de infertilidade, ou demais sintomas, avaliados através da escala de Ferriman-Gallwey, ainda não há um consenso nas literaturas disponíveis sobre a necessidade de realizar a investigação laboratorial.²

A testosterona total e livre pode ser encontrada em níveis aumentados, em diversas patologias que causam o aumento dos androgênios, podendo ser de origem adrenal, ovariana e até mesmo secundária ao uso de medicamentos. Por outro lado, o uso de contraceptivo oral combinado pode levar a uma redução dos valores de testosterona, mascarando um resultado de normalidade. Casos que revelem valores

de testosterona de 1,5 a 2 vezes acima do valor esperado, ou situações com sinais de virilização e surgimento rapidamente progressivo de hirsutismo, a diferenciação entre causa adrenal e ovariana se dará com a solicitação de dosagem do sulfato de desidroepiandrosterona (SDHEA) e androstenediona.^{57,66}

Fluxograma 4 - Algoritmo de diagnóstico do hirsutismo



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Na hiperplasia adrenal congênita não clássica, há aumento da SDHEA, e também nas situações da Síndrome de Cushing, na Síndrome dos Ovários Policísticos, na hiperprolactinemia, e no carcinoma adrenal. Na hiperplasia adrenal congênita não clássica, também existe aumento da dosagem de 17-hidroxiprogesterona, testosterona e androstenediona, além de SDHEA, já citado acima.^{62,67}

Em casos com queixa de amenorreia somada ao hirsutismo, a investigação deve incluir o beta-HCG, para descartar gestação, e além disso, descartar também endocrinopatias, solicitando prolactina e tireotrofina (TSH).⁶¹

Nos pacientes com diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, é fundamental rastreio para dislipidemias, diabetes.²

Quadro 16 - Principais achados clínicos e laboratoriais da hipertricose

Principais achados clínicos e laboratoriais da hipertricose		
Doença	Características clínicas	Características laboratoriais
Síndrome dos ovários policísticos	Irregularidade menstrual, ovários policísticos na ecografia, obesidade central, infertilidade, resistência insulínica, acantose nigricante	Testosterona: normal à elevada 17-OHP: normal LH/FSH: LH - normal a elevado; FSH - diminuído a normal Prolactina: normal à elevada SDHEA: normal a elevado Cortisol: normal
Hiperandrogenismo idiopático	Regularidade menstrual Ovários normais na ecografia	Testosterona: aumentado 17-OHP: normal LH/FSH: normal Prolactina: normal SDHEA: normal Cortisol: normal
Hirsutismo idiopático	Regularidade menstrual Ovários normais na ecografia	Testosterona: normal 17-OHP: normal LH/FSH: normal Prolactina: normal SDHEA: normal Cortisol: normal
Hiperplasia suprarrenal	História familiar de hiperplasia suprarrenal não clássica: pubarca precoce, aumento do clitóris, estatura final baixa; oligo anovulação, infertilidade, irregularidade menstrual	Testosterona: normal a aumentada 17-OHP: aumentada LH/FSH: normal Prolactina: normal SDHEA: normal a aumentado Cortisol: normal a diminuído
Tumores secretores de androgênios	Hirsutismo de início rápido com progressão, apesar do tratamento, virilização, massa abdominal ou pélvica palpável	Testosterona: aumentada 17-OHP: normal LH/FSH: normal Prolactina: normal SDHEA: normal no tumor ovariano; aumentado no tumor adrenal Cortisol: normal no tumor ovariano; normal a aumentado no tumor adrenal
Hirsutismo iatrogênico	História de medicação	Testosterona: normal 17-OHP: normal LH/FSH: normal Prolactina: normal SDHEA: normal Cortisol: normal

17-OHP, 17-alfa-hidroxiprogesterona; LH, hormônio luteinizante; FSH, hormônio folículo-estimulante; SDHEA, desidroepiandrosterona; SOP, síndrome dos ovários policísticos.

Fonte: Gusso e colaboradores.²

A ultrassonografia transvaginal deve ser solicitada quando há a queixa de irregularidade menstrual e também na presença de sintomas de hiperandrogenismo, e dá a possibilidade de estudar anatomicamente os ovários, podendo identificar

tumores de ovário, e ovários policísticos.²

Já para pacientes com suspeita de tumores adrenais, é necessária realização da ultrassonografia abdominal, podendo ainda ser associada a necessidade de tomografia computadorizada ou ressonância magnética.^{62,68}

7.6.7 Tratamento

O tratamento irá depender da causa do hirsutismo, e se baseia em resolver tal causa, mas também em melhorar a parte estética, a qual ajuda a reduzir as consequências negativas no psicológico do paciente acometido por tal situação. Como opções para tratamento estético existem: A descoloração consiste no uso de compostos químicos, como água oxigenada e sal amoníaco para clareamento do pelo. A depilação mecânica ou química, visa a retirada dos pelos, e pode ser realizada por diversos métodos, tais como, ceras, lâmina de barbear, cremes depilatórios, e depiladores elétricos. Em geral, não há um método preferido, mas sim a escolha pessoal.⁶⁸

Eletrólise é um método que não está disponível em todos os casos, é realizado por médico treinado, e consiste na destruição do folículo piloso, individualmente.²

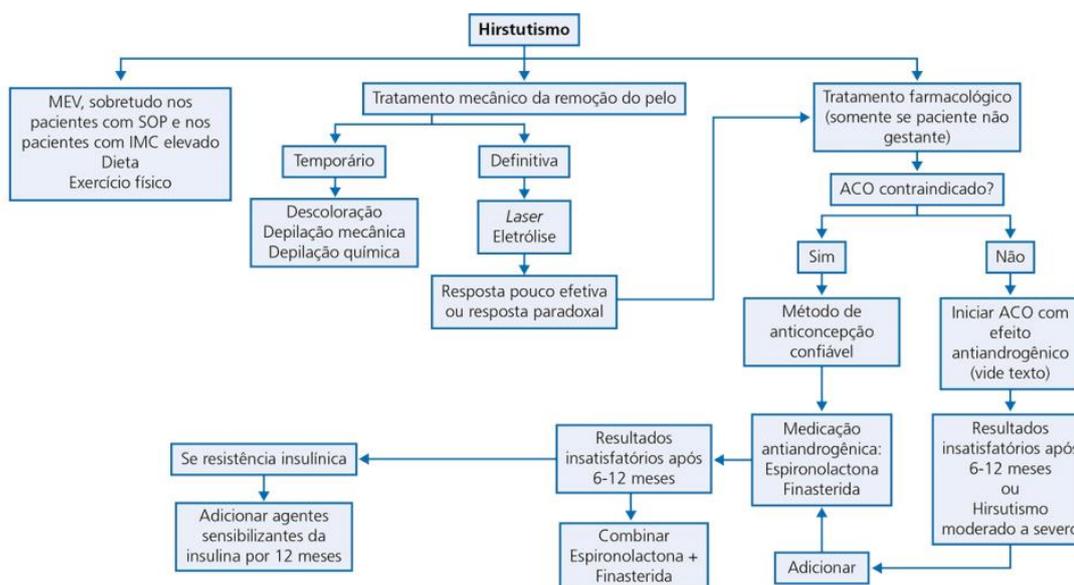
Laser terapia é um método relativamente novo, mas já bem difundido, não promove redução permanente e total, porém é extremamente efetiva, e provoca uma redução significativa por tempo prolongado. As pacientes mais beneficiadas são as de pele clara e que tem pelos escuros.⁶⁹

O tratamento farmacológico visa reduzir ou até mesmo inibir o crescimento de novos pelos, entretanto não pode fazer desaparecer os que já existem. Os medicamentos usados estão divididos em dois grupos principais: os anticoncepcionais orais, que visam realizar uma supressão de produção ovariana e/ou adrenal de androgênios, e as medicações que reduzem a ação periférica dos androgênios. A resposta clínica é lenta, e começa a aparecer com 6 meses do uso regular das medicações, com efeito máximo em 9 meses aproximadamente.²

Os anticoncepcionais orais combinados são eficientes no controle de sintomas tais como, a acne, e hirsutismo, e a oleosidade da pele. Agem através da supressão do LH, e assim, a redução da produção e secreção de androgênios ovarianos mediados por tal hormônio. Ao escolher o fármaco ideal, a preferência é para os progestágenos com menores reações androgênicas, como a ciproterona,

drospirenona, desogestrel e norgestimato. E sempre é preciso avaliar as contraindicações ao uso de tais medicamentos.^{67,68,70}

Fluxograma 5 - Tratamento do hirsutismo



Fonte: Gusso e colaboradores.²

A espironolactona é um diurético poupador de potássio, que apresenta ação antiandrogênica periférica com efeito dose dependente. A dose usual varia de 100 a 200 mg ao dia, podendo ser dividida em duas doses ao dia. É bem admitido, mas em alguns pacientes, pode surgir hipotensão postural, epigastralgia, alterações hepáticas, e irregularidades do ciclo menstrual. Apesar de ser poupador de potássio, a hipercalemia é efeito adverso raro em pacientes jovens, previamente híidas e sem problemas na função renal. Seu uso não exclui a necessidade de uso concomitante com contraceptivo oral combinado, por conta do risco de feminilização de fetos masculinos.^{62,68,67,70,71,72}

A finasterida age através da inibição da 5-alfa-redutase, que consiste em ser uma enzima que catalisa a conversão de testosterona em di-hidrotestosterona. Também apresenta como efeito adverso, a feminilização de fetos masculinos e por isso é obrigatório o uso de contraceptivo oral combinado. Devem ser usadas doses de 2,5 a 5 mg por dia.^{67,72,73}

Por fim, os agentes sensibilizantes da insulina, vem como mais uma opção para tratamento, haja visto que pacientes com SOP, apresentam hiperinsulinemia, com aumento da produção de androgênios pelos ovários. Como opções temos a

metformina e a tiazolidinediona. A função da metformina é reduzir a gliconeogênese hepática, aumento da sensibilidade dos músculos a insulina, e redução da produção de androgênios pelos ovários. Tem como recomendação a dose de 500 a 800 mg divididas em três tomadas diárias próximas aos horários das principais refeições.⁷⁴

7.6.8 Quando encaminhar para o especialista focal

Em mulheres com hirsutismo, devem-se pensar em encaminhamento ao endocrinologista ou ao ginecologista, em pacientes com quadros que não possam ser bem explicados e esclarecidos, pacientes com SOP que desejam engravidar, ou com comorbidades, pacientes com suspeita de tumores, com endocrinopatias e com progressão dos sintomas, mesmo com tratamento instituído de maneira correta. E ao fazer o encaminhamento, é importante citar detalhadamente a história clínica, e tratamentos já usados, além do tempo que envolve cada uma das etapas.²

7.6.9 Prognóstico

Na grande maioria dos casos, apesar de ser um distúrbio com caráter crônico, apresenta melhora com poucos meses de tratamento. A cura pode ser atingida, como nos pacientes que apresentam o quadro de hirsutismo secundário a tumores secretores de androgênios.²

7.7 Eczema

7.7.1 Definição

Eczema é um termo que significa entrar em ebulição, ou transbordar, vindo do grego *ékzema*. Abrange uma grande variedade de alterações de pele inflamatórias que atingem todas as idades e pacientes de ambos os sexos.³

É extremamente comum na população geral, pode ter apresentação aguda e crônica, com caráter inflamatório, pode apresentar diversos sintomas combinados, e em diversos graus de acometimento, tais como eritema, prurido, xerose cutânea, edema, formação de vesículas, pápulas, descamação, queratinização, liquenificação, exsudação e formação de crosta. Em geral, o sintoma mais marcante é o prurido, e que mais impacta na qualidade de vida por gerar grande incômodo. Pacientes que apresentam lesões agudas, predominam edema, eritema e exsudação, por outro lado as lesões crônicas apresentam predomínio de ressecamento, hiperqueratose e

liquenificação.³

Houve uma seleção, e preferência por abordar neste capítulo os Eczemas que são de maior interesse para o médico de família e comunidade, dentre esses estão: eczema de contato, eczema seborreico, eczema atópico e desidrose.^{1,3,4,5,9}

7.7.2 Classificação

Eczema de contato: Se trata de reação inflamatória na pele, que é causada através do contato com alguma substância externa. Podem ser por irritante primário ou alérgico, apresentando distinção entre etiologia, e etiopatogenias diferentes.^{2,75,76,77}

O eczema de contato por irritante primário, em geral, é originado do contato da pele com substâncias ácidas ou alcalinas, mais fracas que não tem a capacidade de provocar necrose ou queimaduras, mas apenas promovem irritação cutânea, e ressalta-se que esta reação não apresenta envolvimento do sistema imunológico. É uma dermatose de cunho profissional, muito comum a pedreiros, cabeleireiros, donas de casa, pintores, e demais profissionais que manipulam produtos químicos. Tais lesões se iniciam após exposições que podem ser sucessivas ou não, mas sempre são delimitadas a área de contato. Quando agentes mais fortes, as lesões surgem horas depois, já em casos de substâncias mais “fracas”, as lesões podem surgir após o contato contínuo. Se encontram nos locais de lesões vermelhidão, descamação, e até mesmo bolhas, que podem ou não ser acompanhadas de prurido.^{76,77,79}

Já no eczema de contato alérgico há a presença de ativação do sistema imunológico, como no caso da hipersensibilidade tipo IV, também chamada de mediada por células ou retardada. O tempo do processo de sensibilização irá depender do poder que cada alérgeno tem de causar alergia, alguns podem levar anos, e outros podem ocorrer mais rapidamente. É comum o surgimento de lesões na área de contato e também à distância, podendo haver a disseminação. Nos pacientes já dessensibilizados, é natural que a reação apareça abruptamente em cada reexposição. Em alguns casos, existem relatos de pacientes que conseguem a cura, entretanto, não há algo que garanta isso.^{75,76,77,79}

Eczema atópico: É o eczema mais comum, e na infância pode acometer de 10 a 20% das pessoas. Tem aumentado sua prevalência nos últimos 30 anos, em especial nos países mais industrializados.⁷⁶

Atualmente, tem-se conhecimento de que é composto por múltiplos fatores, tais como genético, com herança poligênica, alterações imunes em geral, desencadeadas por fatores ambientais e até mesmo emocionais. Aparece desde muito cedo, sendo possível que os recém-nascidos e lactentes já possuam apresentação, e na maioria dos casos, regridem na adolescência.^{76,79,80}

Nos pacientes lactentes, de zero a 2 anos de idade, as lesões são inflamatórias, agudas, avermelhadas, descamativas, secretivas, com crostas, com localizações mais comuns na face, e regiões extensoras dos membros. São extremamente pruriginosas, e não formam líquen, em geral, se apresentam em surtos, e é comum a ocorrência de infecção secundária.²

Na infância, a partir dos 2 até os 12 anos, predominam lesões eritematosas, exsudativas, e com presença de vesículas, variam entre agudas e crônicas, e pode ocorrer com mais frequência a liquenificação. Os locais de surgimento são diferentes da faixa etária anterior, e são mais comuns em regiões flexoras dos membros, nádegas, raiz posterior das coxas. Também ocorre em surtos, mas já apresenta maior dificuldade de ocorrência de infecções secundárias, mesmo com presença de prurido importante e escoriações por coçadura.²

Nos adolescentes e adultos, ou seja, acima dos 12 anos, as lesões são mais comuns em áreas de dobras, couro cabeludo, pescoço e tronco. Também podem surgir em pálpebras, mãos, pés, punhos, tornozelos e mamilos.²

Eczema seborreico: Nada mais é que uma doença crônica e de caráter inflamatório, com a presença de placas eritematodescamativas, com escamas gordurosas ou úmidas, podem existir crostas róseas ou amareladas, com vários graus de extensão. Nas crianças se apresenta de modo mais limitado, localizadas no couro cabeludo, principalmente. Nos adultos a apresentação costuma ser crônica, com preferência pela face, couro cabeludo e tórax. Não se tem totalmente esclarecida a fisiopatologia da doença, mas se sabe que os pacientes que apresentam tal doença têm maior frequência da presença do fungo *Malassezia* sp. na pele. Doenças sistêmicas tais como, HIV, Parkinson, epilepsia, obesidade e alcoolismo podem aumentar a incidência de tal eczema.^{76,79,81,82}

Eczema desidrótico: Constitui 20% dos quadros eczematosos das mãos, tem caráter crônico e com recidivas comuns. Se manifesta pela formação de vesículas, principalmente nas laterais e dorso dos dedos, em mãos e pés, acometendo simetricamente os indivíduos. Pode ser idiopática, no caso de não se identificar os

agentes que causam a mesma, mas podem ter causas determinadas, como a própria dermatite de contato, medicamentosa, entre outras, e pode ser curada definitivamente com a definição do agente causador, caso contrário não se obtém sucesso na cura.^{75,76,77,79,81}

7.7.3 Anamnese

O método clínico centrado na pessoa é de suma importância na abordagem desses pacientes. A história deve ser composta por dados como, o trabalho e ocupação do paciente, detalhes sobre idade de início, e surtos, fatores de melhora, piora e experiências de tratamentos prévios, são importantes. Ademais, questionar o paciente sobre as medidas de autocuidado, as expectativas sobre possibilidades de tratamento, e as possibilidades do paciente de se dedicar ao se cuidar, como em pessoas atópicas.^{76,79,81}

7.7.4 Exame físico

Quadro 17 - Características e etiologias dos eczemas

Características e etiologias dos eczemas				
Estágio	Aspecto das lesões	Sintomas	Etiologia	Tratamento
Agudo	Eritema intenso, vesículas e bolhas	Prurido intenso	Dermatite de contato, infecções fúngicas, disidrose, eczema numular agudo	Compressas úmidas esteróides sistêmicos e tópicos, anti-histamínicos
Subagudo	Vermelhidão, descamação e fissuras	Prurido intenso a moderado, dor ou queimação	Dermatite de contato, eczema numular, eczema atópico	Esteroides tópicos com ou sem oclusão, anti-histamínicos, antibióticos, alcatrão
Crônico	Espessamento, liquenificação, fissuras e escoriações da pele	Prurido intenso a moderado	Eczema atópico, liqueno simples crônicas, eczema numular	Esteroides tópicos com oclusão, esteroides sistêmicos ou intralesionais, anti-histamínicos, uso de cremes hidratantes

Fonte: Gusso e colaboradores.²

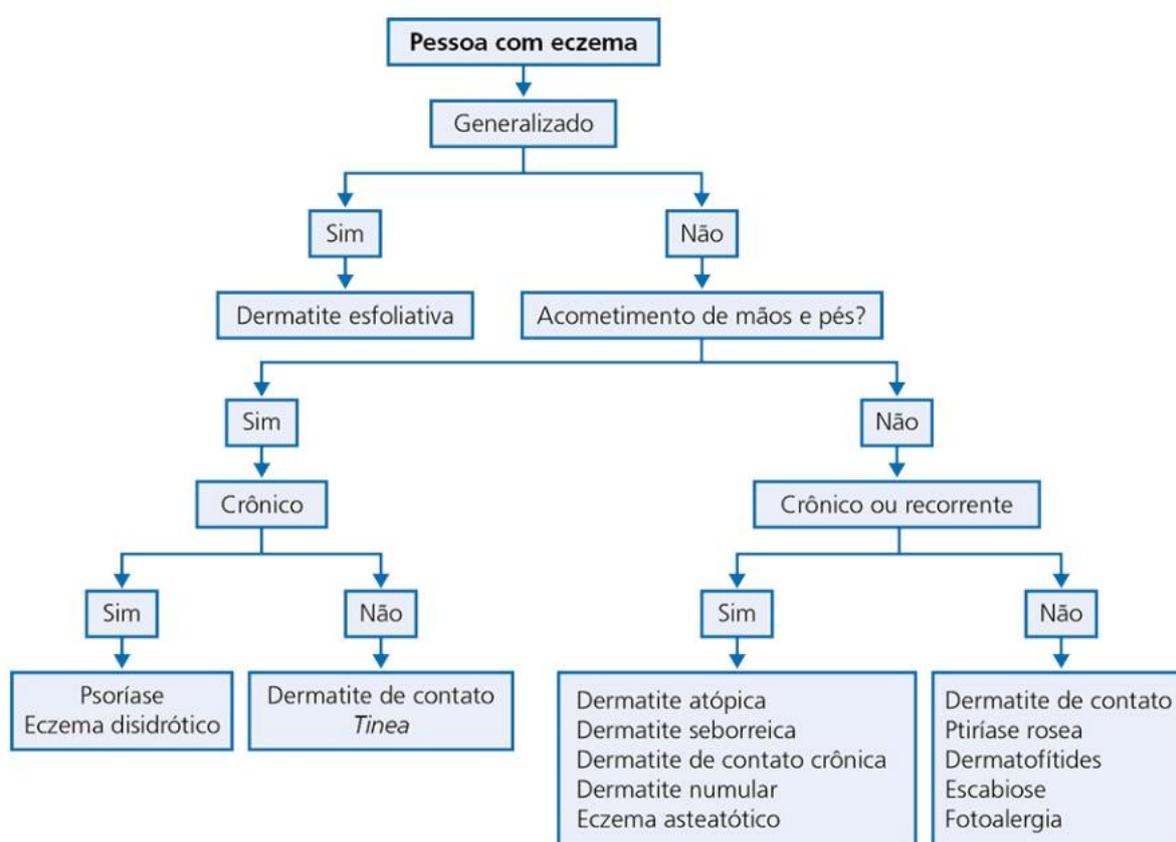
O exame físico é de suma importância, pois as lesões encontradas e localização, somadas a história trazida pelo paciente, trazem fortes sinais da condição que acomete o paciente, e a evolução do mesmo. A atopia deve ser investigada em

casos com suspeita.^{76,78,79}

7.7.5 Diagnóstico e exames complementares

O diagnóstico é clínico, e sobre isso não há questionamentos, mas os exames complementares são usados em casos incomuns e muito selecionados e mesmo assim, os níveis de evidência são frágeis e inconsistentes, mas podem somar pistas a quadros de pacientes que geram dúvidas.²

Fluxograma 6 - Diagnóstico do paciente com eczema



Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.7.6 Tratamento geral dos eczemas

O tratamento instituído irá depender da fase que se encontram os eczemas, por exemplo, na fase exsudativa, são usadas compressas com solução fisiológica ou banhos com permanganato de potássio, diluindo o conteúdo de 1 envelope em 5 litros de água, em temperatura ambiente, repetindo por 3 vezes ao dia por 3 dias seguidos. Na fase subaguda, com melhora da exsudação, podem ser iniciados os cremes de corticoides, e na fase crônica a preferência é pelo uso de corticosteroides em

pomadas. Para escolha da potência e tempo de tratamento com o corticoide devem ser levados em conta a localização das lesões e sua amplitude: Lesões na face, genitália e regiões flexoras, a preferência é pelo uso de corticoides não fluorados, tais como furoato de mometasona e desonida, outra opção são os imunomoduladores tópicos, como pimecrolimus e tacrolimus. Em pacientes adultos, as concentrações de tacrolimus usadas variam de 0,03 a 0,1%, sendo nas crianças de 2 a 15 anos, a preferência pelo uso de concentração de 0,03%.

Regiões de membros podem ser usados os corticoides de média potência de 2 a 3 vezes ao dia, de 7 a 15 dias. Em lesões extensas, a opção mais viável são os corticoides sistêmicos, com doses de 0,5 a 1 mg/kg/dia por períodos curtos de tempo.

Pensando em alívio de sintomas podemos utilizar anti-histamínicos e anti-inflamatórios não esteroidais, além de hidratação diária na pele com bons hidratantes, reduzindo o prurido.^{76,78,79,81}

7.7.7 Tratamento específico dos eczemas

Eczema atópico: O autocuidado é extremamente importante para esses pacientes. A hidratação da pele deve ser contínua com agentes emolientes, tais como óleos minerais e vaselina, por outro lado devem ser evitados hidratantes com ureia em alta concentrações, haja visto que podem causar inflamação nessas lesões. Ademais, o sabonete para higiene da pele deve ser neutro e evitado o uso em excesso, não devem ter contato com lã, evitar oscilação extrema de temperatura, baixa umidade, banhos quentes e demorados e entre outros. A higiene correta do ambiente onde habitam também é fundamental.²

Quanto ao tratamento medicamentoso, a primeira escolha é pelo uso de corticoides tópicos, não sendo indicado para regiões extensas, e também por períodos prolongados. Os imunomoduladores tópicos se apresentam como opção interessante pois tem papel anti-inflamatório, e inibem a liberação de interleucina. Prefere-se evitar os corticoides sistêmicos por conta do risco de efeito rebote. Em alguns casos, pode haver piora súbita ou ausência de resposta ao tratamento, e desse modo, é importante pensar na possibilidade de super colonização por *Staphylococcus aureus*, sendo indicada terapia oral anti estafilococos, mesmo que não haja sinais de infecção secundária.^{76,78,79,80,81}

Eczema de contato: Afastar o agente causador é a principal orientação a se

fazer ao paciente, com determinante melhora, sendo que o tratamento medicamentoso se baseia no uso dos corticoides tópicos ou sistêmicos conforme descrito acima.^{75,76}

Eczema seborreico: Para o tratamento desse eczema, precisam ser considerados o local e a intensidade das lesões. Podemos lançar mão de tratamento com corticoides, antifúngicos e imunomoduladores tópicos - tais como tacrolimus e pimecrolimus.^{76,79,82}

Em casos de acometimento do couro cabeludo, o ideal é o uso de compostos combinados de classes diferentes, ou também uma rotatividade de classes medicamentosas, tais como:

1. Xampus com antifúngicos - cetoconazol 2%, ciclopirox olamina 1%, sulfeto de selênio 2,5%, pitirionato de zinco 1%.
2. Xampus anti proliferativos - antimetabólitos e citostáticos - à base de coaltar.
3. Xampus ceratolíticos: à base de ácido acetil salicílico, com concentrações variando de 2 a 6%, podendo ser combinados ou não a enxofre de 2 a 5%, que ajudam na remoção das escamas mais aderidas.
4. Xampus anti-inflamatórios com corticosteroides, ou soluções capilares.⁷⁷

Em casos de acometimento da face, a opção de tratamento é o uso de antifúngico tópico, tal como o cetoconazol creme, associado a corticosteroide de baixa potência, tal como a hidrocortisona, com uso duas vezes ao dia, por 10 a 15 dias. Em outras regiões pode-se lançar mão de corticosteroides com mais altas potências.^{76,78,82}

7.7.8 Quando encaminhar para especialista focal e a equipe multiprofissional

Apenas em dois casos consideramos urgência, e temos que realizar encaminhamento para especialista de maneira rápida: nos casos de dermatite atópica grave e/ou que contenham infecção bacteriana que não responde aos tratamentos instituídos. Nos demais casos, considera-se que não há urgência, e o encaminhamento será opção quando não houver resposta aos tratamentos acessíveis na atenção primária, ou em caso de pensar sobre a necessidade de exames específicos, ademais nos casos que há interferência na qualidade de vida da pessoa

e contatos próximos.^{76,78,79,81}

Em alguns casos mais graves, faz-se necessário apoio psicológico para o paciente, e em casos de crianças pode ser necessário também para os pais e cuidadores. Os demais profissionais, como médicos, enfermeiros, nutricionista, entre outros podem ajudar no incentivo e educação para o autocuidado do paciente e de sua família.^{76,82}

7.8 Problemas nas unhas

7.8.1 Definição

São problemas, alterações patológicas, de diversas formas, que podem ser congênitas, adquiridas ou hereditárias. Sendo que uma unha saudável é brilhante, hidratada, flexível, e por outro lado, uma unha doente é quebradiça, seca, sem brilho, nada flexível.²

As unhas, atualmente, apresentam importante papel estético, mas é importante ressaltar que não apenas essa é sua função, elas são herança, e contribuem para ajudar na pega de objetos, com mais firmeza, e dão mais estabilidade aos dedos.

As unhas se tratam de lâminas endurecidas, provenientes da zona córnea da pele, funcionam como protetoras da região mais distal dos dedos, e fazem a função de garras como citado acima.^{83,84}

Alterações nas unhas são extremamente comuns na população geral, e há aumento da incidência conforme há aumento da idade, em especial na velhice. Mesmo com essa grande proporção de casos, sabe-se que este é um problema que não é valorizado e tratado da maneira que deveriam, tanto pela família, paciente e pelos profissionais de saúde. Os problemas das unhas são capazes de trazer desconforto, dor, alterar a realização das atividades diárias, além do ponto de vista estético, podendo gerar repercussões psicológicas relevantes.²

Sabendo dessa grande proporção, faz-se de extrema importância que o médico de família e comunidade conheça os problemas que acometem as unhas, e além disso, saiba realizar o diagnóstico adequado das situações clínicas, oportunizando o tratamento das causas possíveis.²

Abaixo apresentamos alguns termos relacionados às alterações das unhas:

Quadro 18 - Termos relevantes sobre problemas nas unhas

Termos relevantes sobre problemas nas unhas	
Termo dermatológico	Explicação do termo
Anoníquia	Ausência de lâmina ungueal
Braquioníquia	Unha curta e larga
Coiloníquia	Depressão central da lâmina ungueal com elevação das bordas, conferindo aspecto de colher
Leuconíquia	Presença de coloração esbranquiçada na lâmina ungueal. Pode ser verdadeira - na lâmina - ou aparente - no leito
Linhas de Beau	Depressões transversais da lâmina ungueal
Linha de Muehrcke	Dois linhas brancas transversais paralelas que desaparecem ao se fazer a compressão da lâmina
Onicocriptose	Unha encravada
Onicorrexe	Presença de fissuras e sulcos longitudinais e aspecto fragmentado na borda livre
Onicosquizia	Separação em camadas ou descamação da borda livre da lâmina ungueal
Onicólise	Descolamento da lâmina ungueal do leito distal
Onicomadese	Descolamento da porção proximal da lâmina ungueal. É o grau extremo de uma linha de Beau
Paroníquia	Inflamação aguda ou crônica do tecido periungueal
Pitting	Depressões cupuliformes na superfície da lâmina ungueal secundárias a alterações na matriz proximal
Pterígio	Pterígio dorsal é decorrente de uma cicatriz na matriz
Traquioníquia	Presença de pequenas e finas estrias na superfície da lâmina ungueal conferindo aspecto rugoso
Unhas de Lindsay	Unhas nas quais a metade proximal é normal e a metade distal apresenta coloração marrom-claro
Unhas de Terry	Unhas que apresentam leuconíquia aparente total com uma faixa eritematosa distal, classicamente descrita em pessoas com cirrose hepática
Unhas hipocráticas	Aumento da convexidade ungueal acompanhada ou não de hipertrofia de partes moles e cianose

FONTE: Gusso e colaboradores.²

Devemos pensar em problemas, quando ocorrerem alterações na forma e no brilho das unhas, tornando-as opacas, além disso, o envelhecimento pode aumentar ou reduzir a densidade das unhas. Cristas longitudinais podem ser encontradas em

peças de qualquer idade, apesar de serem mais comuns em pacientes idosos. Além disso, faixas longitudinais podem ocorrer em pacientes de fototipo alto, em sua grande maioria, podendo acometer até 90% da população de pele negra.⁸⁵

Há uma gama de doenças que são capazes de trazer alterações das unhas, tais como as próprias doenças primárias da pele, uso de medicamentos, tumores, doenças congênitas, doenças sistêmicas. Entretanto, não serão abordadas todas as doenças nessa discussão, mas apenas problemas primários das unhas, tais como a paroníquia aguda, paroníquia crônica e traumas das unhas.²

A paroníquia é uma alteração muito frequente das unhas, e se trata de infecção, que pode se apresentar de forma aguda ou crônica, e em geral, pode se iniciar quando há uma solução de continuidade entre a prega proximal do leito ungueal e a unha, tirando as barreiras e abrindo porta de entrada para infecções, principalmente, bacterianas. Também pode ocorrer inflamação em decorrência de dermatite de contato, e por umidade excessiva. A depender da causa, e da situação, o tratamento pode incluir a higiene local, e terapia com antibióticos, podendo requerer ainda uma intervenção cirúrgica.²

Quadros com edema doloroso, eritema, pele brilhante em região lateral a unha e proximal da prega ungueal, caracteriza quadro de paroníquia aguda, podendo ser de causa espontânea, ou ainda, após trauma e/ou manipulação. Tal quadro está relacionado ao hábito de roer unhas, chupar dedo, ou a pessoas que passam por intervenção agressiva de manicure ou pedicure, ou ainda a pacientes que tenham passado por trauma penetrante com corpo estranho na região.²

Infecções superficiais tem material purulento acumulado abaixo da cutícula, já casos com edema difuso e doloroso sugerem uma infecção mais profunda, que podem necessitar de terapia com antibióticos de modo sistêmico. Dentre as bactérias propensas a realizar infecção, o estafilococo é o mais comum, seguido por estreptococos e pseudomonas. Raramente ocorre evolução deste quadro para a paroníquia crônica.⁸⁴

A paroníquia crônica se caracteriza por inflamação da prega ungueal proximal, que é causada por diversas causas, mas não se trata de infecção, e por isso a unha se mantém íntegra, mas pode mudar de cor e apresentar rugosa. Evolui lentamente, e se apresenta com edema de pequena monta, e sensibilidade maior na área de inflamação. Em geral, os pacientes que desenvolvem tal quadro podem ter relação com contato repetidas vezes a substâncias irritantes, como produtos de higiene e

limpeza, além de tintas e solventes, ou ainda a própria umidade. Na maioria dos casos, todos os dedos são acometidos pela alteração. Devemos ressaltar que se trata de um processo crônico, com tratamento lento. Uma complicação desse quadro inicial é a infecção secundária, pois a cutícula se afasta da placa ungueal, abrindo portas para infecção, sendo considerado um local propício para desenvolvimento de patógenos, por ser quente e úmido. Pode haver quantidade pequena de pus, quase imperceptível.^{2,85,86}

Quadro 19 - Comparação de paroníquia aguda e crônica

Comparação de paroníquia aguda e paroníquia crônica		
Aspectos	Paroníquia aguda	Paroníquia crônica
Clínica	Prega ungueal avermelhada, quente, edemaciada, com ou sem abscesso	Prega ungueal avermelhada - não como a aguda - edemaciado e raramente tem flutuação
Pessoas com maior risco	Pessoas que roem unhas ou chupam os dedos e após traumas (manicure)	Pessoas repetidamente expostas à água (lavadeiras, camareiros, etc.)
Patógenos	Staphylococcus aureus, estreptococos, pseudomonas, anaeróbios	Candida albicans (95%), micobactéria atípica, bactérias gram-negativas
Tratamento	Banho com água morna, antibioticoterapia (clindamicina ou amoxicilina-clavulanato), drenagem espontânea, se possível, ou incisão cirúrgica e drenagem, se necessário	Evitar água e substâncias irritantes, usar esteróides tópicos e antifúngicos. A intervenção cirúrgica deve ser o último recurso

FONTE: Gusso e colaboradores.²

A separação da unha e do leito ungueal, sem dor, chamada onicólise é extremamente comum, e tem causas como a psoríase, traumas, infecções por Pseudomonas ou Cândida, a própria dermatite de contato ou uso de substâncias químicas irritantes podem ocasionar. Também já é conhecida a associação entre doenças da tireoide, como o hipertireoidismo, e a onicólise de causa indeterminada, e por isso, é importante o rastreio para tal doença quando as demais causas foram descartadas. Há outros casos também, em mulheres, normalmente, com unhas extremamente compridas, podem também apresentar tal situação devido a facilidade maior do descolamento da unha e o leito ungueal.⁸⁴

A onicocriptose, popularmente conhecida por unha encravada, pode ocorrer em mãos ou nos pés, e são problemas extremamente comuns na população geral, desde a infância, passando pelos pacientes adultos e acometendo também os idosos.

E há a descrição de estágios de progressão das unhas nessa situação: Estágio I ocorre eritema na prega ungueal lateral, com edema e dor leves locais quando é aplicada pressão no local; Estágio II o paciente começa a apresentar supuração, e maior dor local, mesmo sem pressão na região; Estágio III forma o tecido de granulação e uma hipertrofia da parede lateral na prega ungueal.²

No processo de onicocriptose a unha atua como um corpo estranho, ao entrar na derme. Ocorre dor, que pode ser intensa, edema e secreção purulenta. Em geral, essa situação ocorre devido a uso de calçados mal ajustados, trauma ou ainda corte excessivo e inadequado das unhas. Alguns fatores de risco são mais associados a formação do quadro de onicocriptose, tais como uso de salto alto, deformidades congênicas, unhas côncavas em excesso, tumorações abaixo do leito ungueal, e uso de salto alto, além de hiperidrose, diabetes melito, obesidade, entre outras.^{84,85}

As unhas quebradiças podem ocorrer de dois modos, mas em geral, ocorre ruptura das unhas e descamação, de modo semelhante ao que ocorre com a pele seca. Idosos e mulheres são os pacientes mais acometidos. Pacientes com exposição frequente a umidade e uso constante de removedores de esmalte podem apresentar com maior facilidade o quadro. A gravidade é variável, podendo ocorrer a onicosquizia que é o processo da unha fissurar ou descolar, e geralmente é causada por alteração da adesão das células da lâmina ungueal, levando há uma fissura transversal, com quebra das bordas laterais. Na onicorrexia que é uma fragilidade e afinamento da unha, e em geral é resultado da alteração do crescimento epitelial da unha e queratinização das unhas, com envolvimento da matriz da unha. Quando se fala da onicosquizia os fatores exógenos como umedecimento excessivo das unhas, traumas, infecções fúngicas e produtos proteolíticos, químicos e até mesmo cosméticos influenciam no surgimento desse quadro. Já a onicorrexe pode ter causas como alteração da vascularização e oxigenação, e ainda pode ser resultado de alterações sistêmicas, como doenças metabólicas e endócrinas ou até mesmo de doenças dermatológicas.²

7.8.2 Tratamento

Na paroníquia aguda, em casos sem abscesso, a orientação é que o paciente realize três a quatro vezes ao dia compressas mornas, e em caso de persistência da infecção, pode ser necessário uso de terapia com antimicrobianos, pensando em

estafilococos como principal causador, além de higiene e proteção da área inflamada, evitando traumas novos. Nos pacientes com o hábito de chupar dedo, o tratamento deve incluir cobertura para germes anaeróbios.^{84,85}

Nos casos com formação de abscesso e flutuação o tratamento inclui a drenagem deste, podendo ser espontânea ou ainda cirúrgica. O tratamento cirúrgico inclui drenagem do abscesso, com necessidade de bloqueio digital, na maioria dos casos, realizada drenagem através de incisão puntiforme, com a lâmina do bisturi direcionada para fora, e após a drenagem de toda a secreção, é necessária higiene do local com grande quantidade de soro fisiológico a 0,9% e fechamento com curativo simples, sem necessidade de cremes ou pomadas, e com uso de terapia com antibióticos orais.^{84,86,87,88,89}

Na paroníquia crônica, o ideal é evitar a exposição aos fatores precipitantes, como o uso repetido de substâncias irritativas, excesso de tempo em contato com a água, traumas e reduzir a manipulação de cutículas e unhas em excesso. O foco é manter o sulco entre a unha e a cutícula mais seco possível, e com essas medidas o objetivo é alcançar o controle da inflamação. O tratamento, em geral, demanda tempo. A imersão das unhas em solução de permanganato de potássio por 15 minutos, três vezes ao dia é necessária diariamente durante o tratamento, e além dessa medida, associar o uso de antifúngico tópico, as opções disponíveis atualmente são: Ciclopirox 8% esmalte, uma vez ao dia nas unhas por até 48 semanas; Tioconazol 28% solução, aplicada 2 vezes ao dia nas unhas por 6 a 12 semanas; Amorolfina 5% esmalte, aplicada de 1 a 2 vezes na semana por até 12 meses.²

O antifúngico sistêmico passa a ser opção quando a onicomiose subungueal e lateral envolve mais de metade da unha dos pés, envolvimento de lúnula, mais de 3 a 4 unhas envolvidas, falta de resposta ao tratamento tópico e onicomiose por cândida. As opções de antifúngicos sistêmicos são:²

Terbinafina via oral, uma vez ao dia por 12 semanas, para tratamento das unhas das mãos, em pacientes sem doença renal ou hepática, sendo 62,5 mg para pacientes com menos de 20 kg, 125 mg para pacientes de peso entre 20 e 40 kg, e 250 mg para pacientes acima de 40 kg.²

Itraconazol 200 mg, via oral, uma vez ao dia, por até 12 semanas, (apenas 6 semanas para unhas das mãos) ou ainda, administração de pulso com 200 mg, via oral, duas vezes por dia, durante uma semana ao mês, por até 3 pulsos (2 pulsos para unhas das mãos). Para crianças se usa a dose de 5 /kg/dia durante a semana do

pulso.²

Em impossibilidade do uso das medicações acima, fluconazol 150 a 450 mg, via oral, uma vez na semana por mais de seis meses, e quando se trata de crianças a dose é de 3 a 6 mg/kg uma vez na semana. Ou ainda, griseofulvina 500 a 1000 mg por 12 a 18 meses, sendo a dose de 10 mg/kg/dia em crianças.²

Nos casos de onicomicose por cândida, itraconazol é a primeira escolha, e fluconazol a alternativa, nas doses descritas acima.²

É importante ressaltar que as taxas de sucesso de tratamento são baixas, pois é comum a ocorrência de recidivas e até mesmo a reinfeção, com um período de até 18 meses para crescimento total da unha.⁹⁰

Pomadas e cremes de corticoides, podem ser aplicados duas vezes ao dia por até três semanas, mostrando maior efetividade do que os antifúngicos sistêmicos.²

7.9 Cuidados com feridas/úlceras

7.9.1 Definição

As úlceras nos membros inferiores são definidas por uma área de ausência da continuidade da derme e epiderme que ocorre por 4 semanas ou mais, mesmo sendo realizado o tratamento adequado. As úlceras de perna, normalmente não se tratam de doença propriamente dita, mas sim de sintoma subjacente a doença de base. O foco de discussão se dará na abordagem das úlceras venosas por conta de sua maior prevalência.^{91,92,93}

7.9.2 Classificação

As úlceras venosas, como citado acima, são o tipo mais comum entre as úlceras de membros inferiores, chegam a porcentagens como 50 a 60%, e dessas de 15 a 20% apresentam também úlcera arterial e aí formam os quadros de úlceras mistas, com características clínicas de ambas as situações. As demais causas de úlceras estão descritas no quadro abaixo.⁹²

A diferenciação entre a úlcera venosa e arterial se faz como fundamental, pois a terapia de compressão é a indicada no tratamento das úlceras venosas, por outro lado, sendo contraindicada na presença de doença arterial oclusiva.⁹⁴

Acredita-se que de 10 a 20% das úlceras da perna possam ser formadas por diversos fatores somados, e nesse caso podem ser chamadas atípicas e incluem as

infecciosas, as causadas por vasculites, entre tantas outras, além das úlceras nas quais existe a dificuldade de determinar a causa.⁹¹

Quadro 20 - Úlceras venosas

Úlcera	Características	Fisiopatologia	Achados clínicos	Tratamento
Venosa	Associadas a hiperkeratose plantar, doença vascular ou neuropatia importantes	Alteração da pressão venosa profunda	Feridas profundas, pouco dolorosas, em geral, acompanhadas de varizes, edema e dermatite ocre	Movimentação das pernas e pés, uso de meias elásticas, permanecer com membros inferiores elevados, evitar pontos de pressão, e sapatos que sejam desconfortáveis

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Quadro 21 - Úlceras arteriais

Úlcera	Características	Fisiopatologia	Achados clínicos	Tratamento
Arterial	Associada à doença cardíaca ou cerebrovascular. As pessoas podem apresentar claudicação, dor distal em MMII	Isquemia do tecido	As úlceras são profundas, com margens bem definidas, circundadas por pele isquêmica e cobertas por tecido desvitalizado. Os achados incluem pulsos pedial e maleolar anormais ou ausentes, membros frios, tempo de enchimento venoso prolongado	Revascularização, medicamentos antiplaquetários, manejo de fatores de risco

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Quadro 22 - Úlceras neuropáticas

Úlcera	Características	Fisiopatologia	Achados clínicos	Tratamento
Neuropática	Causa mais comum de úlceras de pé, em geral associada ao DM	Trauma, pressão prolongada	Geralmente ocorre na região plantar em pessoas com diabetes ou hanseníase	Redistribuição da pressão e coberturas

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Quadro 23 - Úlceras de lesão por pressão

Úlcera	Características	Fisiopatologia	Achados clínicos	Tratamento
Lesão por pressão	Presente em pessoas com mobilidade reduzida	Isquemia tecidual e necrose secundárias à pressão prolongada	Localizada sobre proeminências ósseas Fatores de risco incluem umidade excessiva, desnutrição, imobilidade e estado mental alterado	Alívio e redistribuição da pressão Redução da umidade excessiva e fricção, nutrição adequada e coberturas

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.9.3 Anamnese

A determinação da causa da úlcera necessita de uma avaliação detalhada do paciente, com questionamentos sobre a história médica clínica e cirúrgica, se já sofreu trombose, insuficiência venosa, varizes, úlceras anteriores, história de atividade física vigorosa, dentre outros. As comorbidades também devem ser consideradas,

medicamentos em uso e hábitos de vida. Todos esses fatores podem ajudar ou atrapalhar a cicatrização, e tornar o processo muito mais longo.^{95,96}

O uso de tabaco é importante fator nas úlceras, deve ser questionado, e obtidas informações sobre as tentativas anteriores de cessação do tabagismo e interesse atual de cessar, pensando sempre em melhorar o processo de cicatrização das úlceras. A nicotina quando inalada atua como vasoconstritor potente, alterando a perfusão das extremidades.⁹⁷

É importante também saber a respeito de história de úlceras da perna nesse paciente, entendendo se é a primeira ou se já houveram prévias, além do tempo de cura para as anteriores.⁹²

A dor também é característica que dá dicas sobre a origem da úlcera, pode ser usada a escala analógica da dor, que é uma ferramenta validada para medir de modo mais objetivo a dor do paciente. A localização da dor associada a úlcera deve ser perguntada, a gravidade e intensidade dessa dor, a qualidade, quando ocorre, frequência e características, além do quando a dor atrapalha na qualidade de vida do paciente. As dores insuportáveis, na maioria das vezes se associam a um comprometimento arterial, e já as dores decorrentes de úlceras venosas se associam mais a descritores como sensação de peso associado a prurido, com piora ao fim do dia, ou ainda melhora quando as pernas se elevam.⁹⁷

O entendimento do cognitivo do paciente, qualidade de vida e aspectos emocionais, é de grande importância, avaliar também as redes de apoio, e rastrear doenças mentais é necessário, haja visto que as tais situações podem implicar nos cuidados diretamente oferecidos ao paciente e aos cuidados que ele mesmo ou terceiros podem oferecer a úlcera.⁹²

É interessante investigar a história relacionada a bioquímica desse paciente, incluindo a glicemia de jejum, e hemoglobina glicada, os eletrólitos, albumina, colesterol, fator reumatoide, leucócitos, proteína C reativa, e testes de função hepática.⁹²

7.9.4 Exame físico

É necessário realizar a avaliação dos membros inferiores, tanto na primeira consulta, como de modo regular. Nos pacientes com úlceras venosas estão presentes edema, coroa flebectásica – capilares visíveis ao redor do tornozelo, alterações

tróficas da pele, eczema de estase. A descrição da perna pode ser feita através das características encontradas, entretanto, há um sistema consagrado para classificação dos pacientes com doença venosa, chamado CEAP, que inclui, achados clínicos, etiologia, anatomia do refluxo e fisiopatologia. Ademais é necessário realizar a palpação completa dos pulsos do pé, e tibial posterior, avaliando se há fluxo.²

A localização da úlcera e suas características são fundamentais, na grande maioria das vezes o surgimento da úlcera venosa é no terço inferior da perna, em geral logo acima do maléolo medial ou ainda sobre este, não sendo uma regra, e podendo se alcançar a circunferência toda da perna. Em geral são irregulares, superficiais e apresentam exsudato, é comum que haja tecido desvitalizado entremeadado a tecido de granulação presentes na úlcera.⁹⁸

Quadro 24 - Características das úlceras venosas e arteriais

Característica	Úlcera venosa	Úlcera arterial
Localização	Região maleolar medial	Face anterior, região distal do MI
Característica da ferida	Exsudativa, rasa e extensa. Bordas irregulares	Pequena, arredondada, superficial, leito com necrose ou tecido de granulação pálido e esfacelo. Mínimo exsudato. Bordas demarcadas e regulares
Dor	Reduz com a atividade muscular e com elevação da extremidade. Mais intensa à noite. Câibras	Geralmente profunda, intensa e incapacitante. Aumenta com elevação do MII e atividade muscular e reduz quando o membro fica pendente
Pulso (pedioso, tibial posterior, femoral ou poplíteo)	Presente	Ausente conforme o nível de obstrução

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Pacientes com úlceras venosas estão mais propensos ao desenvolvimento de infecções de pele, como a celulite, entretanto quando se fala de osteomielite a prevalência é baixa. As características de feridas crônicas tomadas por infecção incluem dor, odor fétido, tecido friável e desvitalizado. Na maioria das vezes pode ocorrer não somente atraso da cicatrização como também um aumento das dimensões da ferida, ademais é comum presença de exsudato purulento, com coloração esverdeada. Por último e não menos importante, é necessário falar sobre a presença de calor e rubor nas bordas da lesão.^{92,99}

A mobilidade das articulações, tanto joelho quanto tornozelo devem ser avaliadas, haja visto que a panturrilha atua como bomba muscular e faz o retorno venoso. A atividade física deve ser estimulada, mas sempre levando em consideração as capacidades físicas do paciente, a fim de desenvolver um plano de tratamento

adequado e que seja factível do paciente aderir no cotidiano, seja sozinho, seja com ajuda do cuidador.⁹²

7.9.5 Exames complementares

O diagnóstico da úlcera venosa é clínico, mas exames podem auxiliar, como o índice tornozelo-braquial, que é uma ferramenta simples e acessível e possível de ser realizada se houver a presença de um doppler manual. A maior utilidade visa excluir a presença de doença arterial associada, nos pacientes que o quadro clínico ainda deixe dúvidas.^{100,101}

Quadro 25 - Interpretação do índice tornozelo-braquial

Interpretação do índice tornozelo-braquial – ITB	
ITB	Conduta
$0,91 \geq \leq 1,3$	Normal. Exclui a oclusão arterial, e a terapia de alta compressão pode ser utilizada
$\leq 0,9$	Indica doença arterial oclusiva. Possui 95% de sensibilidade e 100% de especificidade para detectar patologias arteriais oclusivas
$0,9 \geq \leq 0,8$	Exclui doença arterial significativa. Tratamento compressivo pode ser utilizado
$< 0,8$	Indica doença arterial. Bandagens de baixa compressão pode ser utilizadas. Realizar referenciamento eletivo para o especialista
$< 0,5$	Obstrução arterial grave, geralmente associada à dor em repouso, úlcera isquêmica, gangrena em extremidade do MI. Realizar referenciamento ao serviço de urgência e emergência. Terapia compressiva contraindicada
$> 1,3$	Sugere a presença de vasos calcificados que resultam em um falso-positivo, principalmente em pacientes diabéticos. O referenciamento eletivo para o especialista é indicado. Terapia compressiva é contraindicada

Fonte: Gusso e colaboradores², Rudolph e colaboradores⁹⁷ e Worboys e colaboradores¹⁰¹.

Se mesmo lançando mão dessas estratégias ainda sobraem dúvidas, podem ser realizados exames como doppler venoso e arterial, e também, o paciente deve ser referenciado aos especialistas tais como dermatologistas ou cirurgia vascular, fundamentalmente. Segundo a diretriz da *European Wound Management Association* existe a recomendação de realizar biópsia em absolutamente todas as feridas com 6 meses de tratamento e sem sinais de cicatrização.⁹²

7.9.6 Tratamento

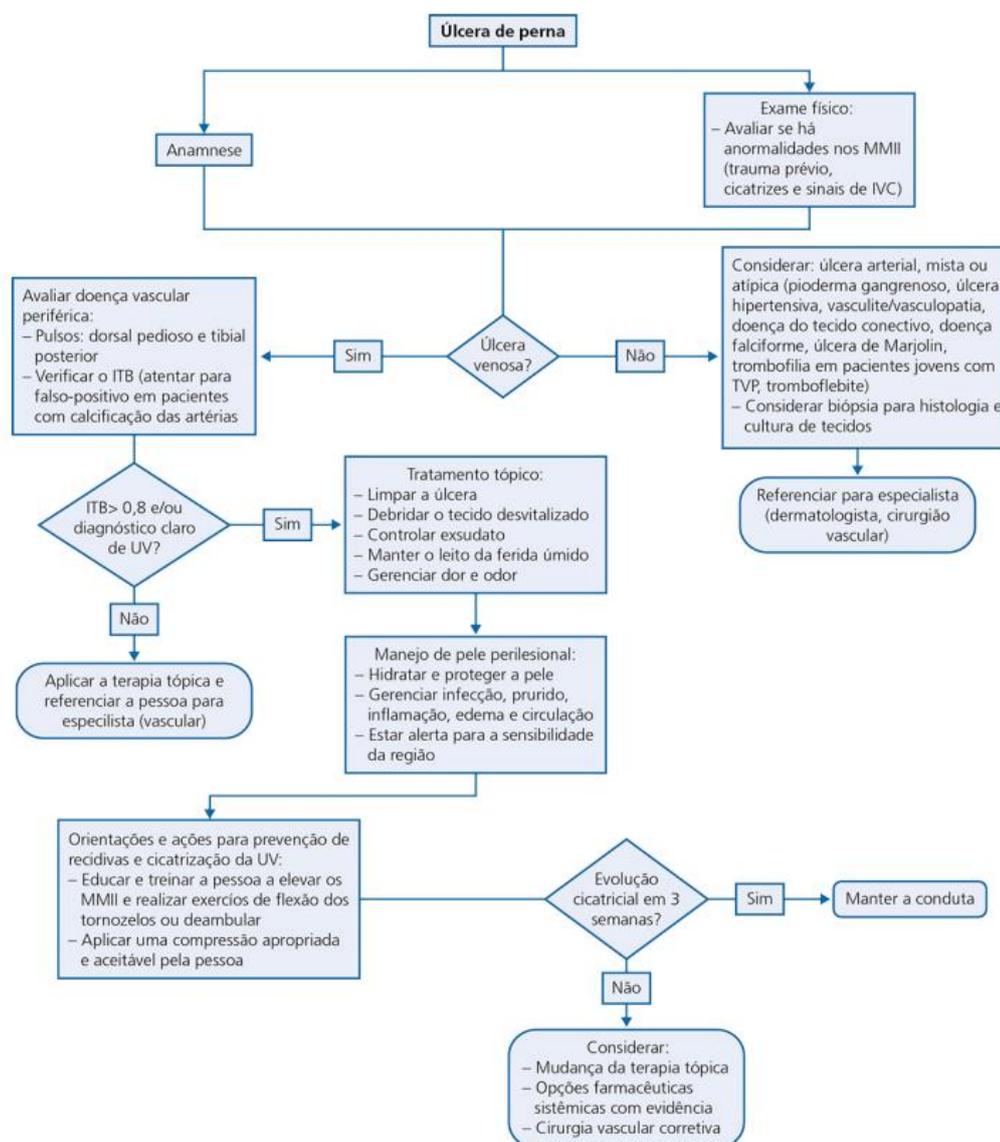
Para um tratamento de sucesso das feridas, é necessário definir a causa, realizar um adequado controle de fatores que atrapalham a cicatrização e a ativa vigilância da evolução do processo cicatricial são fundamentais.¹⁰²

Para cicatrização adequada das lesões são necessários que haja circulação adequada com nutrição, além de imunidade competente, e evitar que ocorram traumas locais. Se caracteriza por processo complexo e dinâmico, que é composto

por fases sobrepostas, que duram especificamente de 3 a 14 dias, mas que são divididas de modo didático para entendimento mais facilitado.⁹⁴

Nas lesões crônicas é comum que ocorra o prolongamento da fase inflamatória. E desse modo sabemos que são diversos os fatores que podem alterar a cicatrização das lesões, atrapalhando em uma ou mais fases do processo, tais como as condições da lesão, o excesso de exsudato, tecido desvitalizado, e alteração da perfusão, pacientes com idade avançada também podem ter a cicatrização prejudicada. Ademais, pacientes acometidos por desnutrição, obesidade, câncer, diabetes, tabagistas, etilistas, e com outras comorbidades podem ter sua cicatrização alterada.

Fluxograma 7 - Conduta nos casos de úlcera da perna



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Ademais, o próprio tratamento pode interferir na cicatrização da lesão quando indicado de modo errado.^{92,103}

A equipe de saúde deve ter conhecimento desses fatores, e fazer uma investigação aprofundada, pois assim as intervenções podem ser mais assertivas, promovendo condições ideais para o processo cicatricial.²

No decorrer do tratamento da lesão a vigilância ativa deve ocorrer observando o leito da lesão, e os tipos de tecido presentes, pois estes ajudarão a determinar sobre a estratégia terapêutica adotada.⁹⁵

As bordas da ferida dão indícios sobre a tendência de epitelização e ou possível cronicidade da lesão. Em geral, as bordas das úlceras venosas são mal delimitadas e irregulares.^{95,96,104}

O exsudato dá dicas e sinais, devem ser analisadas as características, cor, consistência, odor, e quantidade, em geral a grande quantidade de exsudato atrasa a cicatrização.^{94,104}

A pele adjacente a lesão deve ser observada e dá dicas, é de suma importância observar as varizes, edema, dermatite ocre, pele descamativa, prurido, celulite, eczema são características que indicam a necessidade de compressão para o tratamento. A integridade da pele está sempre vulnerável a danos pela umidade em excesso, pelos adesivos, e deve ser lançado mão de estratégias para proteção dessa região de pele, tais como cremes e pomadas.⁹⁵

É inevitável a presença de bactérias nas feridas abertas, e isso pode ocorrer de modo equilibrado, quando há equilíbrio entre o surgimento de novos microorganismos e a morte desses pode ser considerado que a ferida é colonizada, e muitas vezes esse fato pode até ajudar na cicatrização, com aumento de perfusão e ajuda na cicatrização. Entretanto quando as defesas dos organismos não conseguem segurar esse equilíbrio, ocorre a infecção que leva a inflamação da ferida de modo crônico, impedindo que o processo cicatricial ocorra de maneira adequada.⁹⁵

Quando ocorre a infecção e inflamação, é comum encontrar feridas com calor, dor, rubor, edema e aumento de exsudato. A depender da gravidade, o paciente pode ter mal estar, e sintomas mais gerais, como febre e calafrios, podendo inclusive cursar com aumento de leucócitos, e chegar a casos mais graves de sepse.⁹⁵

Normalmente, as infecções dessas feridas têm participação de diversas bactérias, com presença de *Staphylococcus aureus* e anaeróbios juntos. A ferida infectada em geral apresenta sinais sutis, e pode ocorrer em pacientes, tais como os idosos, que tem dificuldades na reação imune, com maior propensão a complicações.²

Na evidencia de infecção o tratamento deve ser instituído com antibióticos sem perder tempo para evitar que as complicações aconteçam.⁹⁵

A ferida deve ser preparada, de modo a facilitar a organização e regeneração do tecido, dando uma ajuda na função de produtos que ajudam no tratamento da ferida.¹⁰⁵

As feridas devem ser limpas, passo importante para remoção de corpos estranhos, não devendo ter traumas no tecido viável durante a limpeza. A solução fisiológica 0,9%, em geral, em temperatura morna, aos 37°C, é usada, sua escolha se baseia na sua característica de ser isotônica, não lesando os tecidos, e não aumentando sensibilidade, alergias, e não alterando a microbiota habitual da pele.¹⁰⁵

O debridamento é um procedimento para retirada de tecido morto, desvitalizado, biofilme bacteriano e exsudatos, abrindo espaço para que o processo da cicatrização ocorra. A retirada do tecido deve ser realizada até que se encontre o tecido com vascularização, e abaixo estão citadas as técnicas que podem ser usadas.

Quadro 26 - Tipos de debridamento

Tipos de debridamento		
Debridamento	Definição	Exemplos
Autolítico (debridamento seletivo)	Separação do leito da ferida e do tecido necrótico que ocorre lentamente em um ambiente de ferida úmida. Podem ser utilizados produtos que favoreçam este ambiente (debridamento químico)	Curativo úmido: Ácidos graxos essenciais em gazes umedecidas com SF 0,9% ou apenas gazes umedecidas com SF 0,9% Hidrocoloides Hidrogéis Alginatos na presença de umidade
Enzimático (debridamento não seletivo)	Produtos que possuem enzimas que destroem o tecido necrótico e o exsudato da ferida (debridamento químico) deve-se ter cuidado para garantir que o produto entre em contato apenas com o tecido não viável dentro da ferida e não com a pele circundante	Papaína creme ou gel 6- 10% Colagenase Elastase Fibrinolisa
Instrumental	Retirada do tecido inviável de forma seletiva com técnica estéril e utilização de instrumental (pinça, bisturi e/ou tesoura) na unidade da pessoa	O enfermeiro habilitado realiza o procedimento interrompendo-o na presença de dor e sangramento através da técnica de Cover, Square ou Slice
Mecânico	Abrasão mecânica com uso de gaze salinizada no leito da ferida que, após estar seca, é removida	A indicação é questionável, porque esta técnica está associada a um alto grau de dor e não é seletiva aos tecidos inviáveis
Larval	Utilização de larvas estéreis (Lucili a Sericata) que se alimentam do tecido necrosado	Técnica não difundida no Brasil

Fonte: Fonder e colaboradores.⁹⁵

As feridas precisam de uma cobertura para adequada cicatrização, e é considerada um recurso terapêutico, que deve estar em contato com toda a superfície da ferida. Faz o papel de um curativo primário, e deve ter suas trocas programadas,

para ação ideal ocorrer. A intenção ao realizar uma cobertura de ferida é criar um ambiente ideal para que a cicatrização aconteça, e abaixo estão listados os objetivos de uma cobertura adequada.²

Quadro 27 - Objetivos de uma cobertura adequada

Objetivos de uma cobertura adequada
Debridar o tecido não viável; Manter o leito da lesão com umidade natural; Eliminar os espaços mortos na lesão; Ser atraumática; Minimizar a dor; Absorver o exsudato em excesso, sem extravasamentos para as bordas e região perilesional; Proteger contra a infecção e os fatores externos; Fornecer o pH ideal, a termorregulação e a troca gasosa; Ter mínima toxicidade para a pele circundante e leito da lesão; Ser alergênica; Ser confortável; Favorecer a estética.

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Durante o processo de cicatrização é necessário realizar um monitoramento deste, com medição do tamanho da ferida de modo seriado. A mensuração pode ser realizada com régua, desde que seja limpa e descartável, a fim de obter o maior comprimento e a maior largura perpendicular ao comprimento. Outro método possível é a planimetria, que pode ser realizada através do traçado da lesão realizado em um papel de acetato, que é transparente, e o decalque com o desenho da ferida é colado em um papel quadriculado com a possibilidade de realizar a contagem destes. Já a profundidade, pode ser avaliada através de instrumento de ponta romba, que seja estéril.²

Quadro 28 - Guia de orientação para o manejo de feridas

Guia de orientação para o manejo de feridas de acordo com as características do tecido no leito da lesão					
Tipo de tecido na ferida	Preparação do leito da ferida	Papel da cobertura	Opções de tratamento		
			Cobertura primária	Frequência de troca	Cobertura secundária
Necrótico (cor amarela, marrom, preta ou cinza) Baixo exsudato	Debridamento instrumental ou químico* Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morna em jato 9–10	Hidratar o leito da ferida Promover o debridamento Controlar a umidade	Gel hidroativo	Até 48 h ou quando solicitado Se infecção, a cada 24 h 1 x ao dia ou quando solicitado	Apósito ou gaze e filme de poliuretano Gaze e/ou apósito
			Gaze umedecida com SF 0,9%		
			Papaína 6-10%		
			Colagenase		
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%		

(continua...)

(continuação...)

Guia de orientação para o manejo de feridas de acordo com as características do tecido no leito da lesão						
Tipo de tecido na ferida	Preparação do leito da ferida	Papel da cobertura	Opções de tratamento			
			Cobertura primária	Frequência de troca	Cobertura secundária	
Necrótico (cor amarela, marrom, preta ou cinza) Moderado para alto exsudato	Debridamento instrumental ou químico* Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morna em jato 9–10	Absorver excesso de exsudato Promover debridamento autolítico	Alginato de cálcio e/ou sódio	Até 48 h ou quando solicitado	Gaze e/ou apósito	
			Hidrofibra antimicrobiana	Até 14 dias ou quando solicitado		
			Espuma absorvente de silicone ou polimérica	Até 7 dias ou quando solicitado		
			Gaze umedecida com SF 0,9%	1 x ao dia ou quando solicitado		
			Papaína 6-10%			
			Colagenase			
			Ácido Graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%			
Granulação (cor vermelha)	Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morna em jato 9,8,12	Controlar a umidade Ser atraumático	Gel hidroativo	Até 48 h ou quando solicitado Se infecção, a cada 24 h		
			Gaze umedecida com SF 0,9%	1 x ao dia ou quando solicitado		
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%			
			Papaína 2%	Até 14 dias Em feridas não infectadas e com boa evolução cicatricial. Neste período pode ser retirada e lavada com SF e reaplicada		
			Tela de silicone			
			Gaze parafinada			Até 72 h ou quando solicitado
			Gaze com petrolato			Quando reduzir a não adesão
Espuma absorvente	Até 7 dias ou quando solicitado					

(continua...)

(conclusão...)

Guia de orientação para o manejo de feridas de acordo com as características do tecido no leito da lesão					
Preparação do leito da ferida	Papel da cobertura	Papel da cobertura	Opções de tratamento		
			Cobertura primária	Frequência de troca	Cobertura secundária
Epitelização (cor vermelho, claro ou rosa)	Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morna em jato 9,8,	Equilibrar umidade Proteger o leito da ferida e o tecido em crescimento	Gaze parafinada	Até 72 horas ou quando solicitado	Gaze e/ou apósito
			Gaze com petrolato	Quando reduzir a não adesão	
			Gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia ou quando solicitado	
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%		
			Outras gazes não aderentes de pronto uso	Conforme orientação do fabricante	
Infectado Baixo para alto exsudato	Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morna em jato 9-1	Promover ação antimicrobiana Controlar a umidade Controlar o odor	Hidrofibra antimicrobiana	Até 14 dias ou quando solicitado	
			Papaína 6%	1x/dia ou quando solicitado	
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%		
			Alginato de cálcio e/ou sódio	Até 48 h ou quando solicitado Se infecção, a cada 24h	

Fonte: Gusso G, e colaboradores.²

A avaliação da cicatrização pode ser realizada através de ferramentas, de maneira semanal. Atualmente, no Brasil existem poucas ferramentas de avaliação validadas para o uso na população, mas exemplos dos que já podem ser usados são Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) e Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT). Outra opção mais simples é o registro fotográfico semanal para comparação da evolução da ferida.^{106,107,108,109}

Outra ferramenta a ser combinada é a terapia compressiva, que tende a auxiliar na redução da hipertensão venosa, cicatrização da úlcera, melhora da lipodermatoesclerose. A pressão é aplicada através do uso de bandagem ou meias elásticas, e a unidade de pressão usada é milímetros de mercúrio (mmHg), e a medida que em geral supera a hipertensão venosa é de 35 a 40 mmHg.¹¹⁰

São duas as forças que atuarão durante a terapia, a pressão de repouso, que corresponde a pressão exercida pelo dispositivo elástico, e a pressão de trabalho, que é a pressão produzida pela contração muscular somada a compressão externa quando o músculo está em movimento. A pressão de trabalho será maior do que a de repouso, sempre.^{105,111}

É importante descartar doença arterial para sua aplicação, e isso é feito através da medida do índice tornozelo-braço (ITB), sendo o valor ideal para uso de terapia compressiva as medidas que são maiores ou iguais a 0,91 e menores ou iguais a 1,3.^{16,20}

A escolha da intensidade da compressão precisa levar em consideração o estilo de vida da pessoa, e preferências, além da necessidade de aplicação e a experiência do profissional. Sendo necessário iniciar a terapia com compressão mais leve, para que o paciente se habitue, e sempre recomendar de modo expresso que o paciente deve retornar antes do combinado em caso de surgimento de complicações.²

Antes da aplicação da terapia compressiva é necessário colocar uma camada inelástica para proteção da pele. Ao aplicar a bandagem é necessário que o dorso do pé fique flexionado a 90 graus em relação a perna, evitando pressão excessiva ou trauma na região anterior do tornozelo.⁹⁷

Ao se aplicar corretamente a bandagem inelástica o paciente tem sensação de suporte firme e não pode sentir desconforto. E normalmente a troca dessa bandagem se faz a cada 7 dias.¹¹²

7.9.7 Quando encaminhar

Diante de não haver confirmação do diagnóstico e causa da úlcera, além da obtenção e respostas insatisfatórias ao uso das terapias escolhidas, é necessário realizar o encaminhamento do paciente a um especialista.²

Pacientes que apresentem úlcera na perna que não cicatriza podem necessitar de biópsia da região e aquelas com suspeita de úlcera arterial, e que se classifiquem

de modo clínico, etiológico, anatômico e fisiopatológico (CEAP) como C4-C6 precisam de avaliação com cirurgião vascular. Já naqueles pacientes com úlceras infectadas sem resposta a terapia adotada na atenção primária, é necessário encaminhar o paciente ao serviço de pronto socorro.²

7.9.8 Atividades preventivas e de educação

Nos pacientes que alcancem a cicatrização da úlcera venosa, é importante a manutenção do uso e meias elásticas com alta compressão diariamente, pensando em evitar a recorrência.¹²³

No mercado podem ser encontradas meias com comprimentos diferentes, as $\frac{3}{4}$, $\frac{7}{8}$ e as completas, e a indicação de cada uma irá depender da localização do problema no sistema venoso, sendo usadas de dia e removidas a noite, com substituição a cada 6 meses, pois com o uso e as lavagens ela perde a capacidade de comprimir.^{2,110}

Quadro 29 - Classificação das meias elásticas

Classificação das meias elásticas, de acordo com o nível de compressão aplicado ao membro			
Classe	Pressão no tornozelo	Suporte	Indicação
I	14-17 mmHg	Leve	Varizes mais graves e para prevenir úlceras venosas na perna
II	18-24 mmHg	Moderada	Varizes mais graves e para prevenir úlceras venosas na perna
III	25-35 mmHg	Alta	Varizes mais graves e para prevenir úlceras venosas na perna

Fonte: O'Meara S e colaboradores.¹¹³

Na prática a não adesão ao tratamento é extremamente comum, porém ainda faltam pesquisas que avaliem as razões disto. O que se pode observar é que quanto melhor o vínculo do paciente com o médico, melhor a adesão ao uso das meias. Em geral, as maiores queixas se relacionam ao clima quente, limitações físicas do paciente e dificuldade para calçar as meias.^{94,99}

A equipe multiprofissional na atenção primária deve orientar e reforçar com frequência que o paciente deve evitar o ganho de peso, cessar o tabagismo, manter a atividade e mobilização da articulação das pernas, manter a hidratação da pele, e intercalar a posição das pernas, elevando-as pelo menos 30 minutos de 3 a 4 vezes.^{2,99}

A equipe multiprofissional deve estar sempre atenta, pensando em motivar o paciente, dando o cuidado longitudinal, deixando o paciente consciente da sua

participação nas decisões, e estabelecendo metas para o seguimento adequado do tratamento.²

7.10 Acne

7.10.1 Definição

A acne se trata de uma doença inflamatória dos folículos pilossebáceos, com obstrução e distensão destes. É um distúrbio comum na adolescência, com prevalência aproximada de 85% nessa faixa etária. Apresentam potencial de causar problemas social, psicológico e emocional no paciente que manifesta tal patologia, podendo contribuir para problemas como distorção de imagem corporal, baixa autoestima podendo levar a problemas mais graves neste âmbito.^{114,115,124,117}

A acne se trata de uma doença inflamatória dos folículos, que se caracteriza pelas principais alterações: oclusão e distensão do folículo pilossebáceo. Já se tem conhecimento que ocorre um excesso na resposta dos sebócitos e dos queratinócitos em resposta aos androgênios que leva ao aumento das glândulas sebáceas e ao consequente aumento de oleosidade da pele que se encontram nos pacientes com acne. Ademais, outro fator importante é a presença do agente bacteriano *Propionibacterium acnes*, o que leva a uma reação inflamatória. Entre os diversos fatores que podem ajudar a desencadear a acne, não se pode esquecer do uso de medicamentos sistêmicos e tópicos, cosméticos e distúrbios hormonais.¹¹⁸

7.10.2 Causas

Como já citado acima, a acne não possui apenas uma causa, mas acredita-se que tenha componentes diversos que proporcionem seu surgimento e a perpetuação do quadro.

Dieta: ainda não foram devidamente comprovados, e as controvérsias são grandes em relação a formação de acne ser gerada por conta de alimentos, e até o momento, as evidências ainda são insuficientes para que se possa recomendar mudanças alimentares como forma de prevenir a acne.^{119,120}

Fatores externos: já se sabe da relação e do potencial que o uso de cosméticos que possam obstruir poros, e produtos para cabelos que contenham óleos, na formação e piora das lesões acneicas. Ademais, a acne mecânica pode ser gerada por conta de excesso de lavagem da pele com produtos adstringentes ou esfoliativos,

o uso de capacetes e de demais adereços que causem trauma na pele por irritação contínua, também podem desencadear lesões. Outro fator bem estabelecido é o tabagismo, é comprovado o risco de acne associado ao tabagismo, com piora comprovada ligada ao número de cigarros fumados em um dia.¹²¹

Medicamentos, alguns medicamentos têm o potencial de estimular o aparecimento de acne, como os hormônios androgênicos, contraceptivos com progesterona, anabolizantes e corticosteroides, anticonvulsivantes como a carbamazepina, fenitoína e fenobarbital, psicotrópicos como lítio e amoxapina, dentre outros.¹²²

7.10.3 Diagnóstico

O diagnóstico é realizado através de um exame clínico bem executado, e quase sempre, sem necessidade de complementação com exames.²

7.10.4 Anamnese

Deve ser investigado quando se iniciaram as lesões, se está ocorrendo progressão para piora ou melhora das lesões, se o paciente faz uso de alguma medicação, e pesquisar os demais fatores de risco. Nas pacientes mulheres, é necessário pesquisar por sinais de hiperandrogenismo, tais como alterações em ciclo menstrual, excesso de pelos pelo corpo e alterações dos cabelos. Aqui é importante a utilização do método clínico centrado na pessoa, pensando em desvendar as alterações psicossociais que envolvem o paciente.²

7.10.5 Exame físico

O exame físico é parte fundamental para realização de diagnóstico adequado, e desse modo precisam ser avaliadas diretamente as regiões afetadas, com boa iluminação do local, e classificação de modo adequado das lesões em cada local acometido.

A acne se caracteriza por lesões inflamatórias, comedões abertos e fechados, lesões inflamatórias, pápulas, pústulas e até nódulos, e lesões cicatriciais em diversos graus, que se distribuem em regiões que apresentam grande densidade de unidades pilossebáceas, como na face, região cervical, e tronco, principalmente na região superior.¹²³

7.10.6 Classificação

Acne comedoniana, leve ou tipo I - se constitui por lesões não inflamatórias, ou seja, comedões, que podem ser abertas ou fechadas, podendo ter superfície branca ou preta, podendo ocorrer a presença de algumas pápulas.²

Acne papulopustulosa, moderada ou tipo II - constituída por comedões e lesões inflamatórias, inclui pápulas e algumas pústulas.²

Acne nodulocística, moderada a severa, ou tipo III - é composta por grande número de comedões, pápulas e pústulas, com presença de cistos maiores do que 5 mm ou até mesmo nódulos.¹²⁴

Acne conglobata, severa ou tipo IV - é a forma mais grave, com a presença de grande número de cistos e/ou nódulos, que em geral são dolorosos, pode haver formação de abscessos e até mesmo escharificação.¹²⁴

Quadro 30 - Diagnósticos diferenciais da acne

Diagnósticos diferenciais da acne
<ul style="list-style-type: none"> - Ceratose pilar - Milium - Rosácea - Dermatite perioral - Molusco contagioso - Acne venenata - Esclerose tuberosa - Pseudofoliculite da barba

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.10.7 Exames complementares

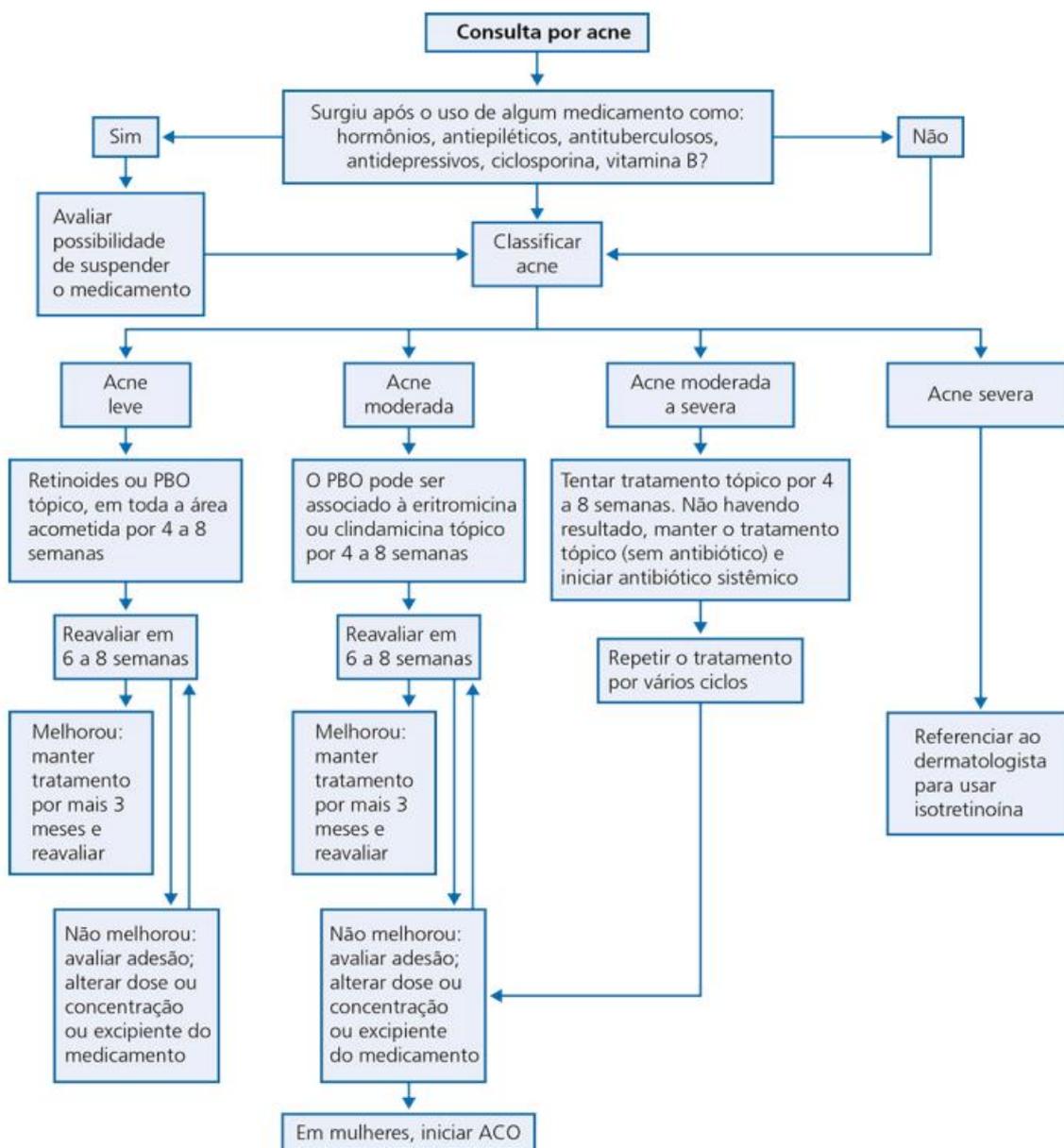
São dispensáveis os exames complementares no diagnóstico da acne, exceto exista suspeita de acne secundária a distúrbios hormonais, e assim, devemos investigar causas como síndrome dos ovários policísticos, hiperplasia adrenal congênita de início tardio, hiperprolactinemia e Síndrome de Cushing.²

O cuidado com a pele deve ser realizado de modo primordial, antes de qualquer tratamento medicamentoso.⁸ A higiene da pele deve ser realizada duas vezes ao dia, e é sempre o primeiro passo para aplicação dos tratamentos tópicos. O ideal é realizar o uso de sabonete neutro e água em temperatura ambiente, haja visto que a água fria e quente pode piorar o quadro. Deve ser evitada a esfoliação das áreas com acne, e o uso de sabonetes abrasivos, esfoliantes e adstringentes. Desse modo, a limpeza deve ser realizada com os dedos, pano ou esponja macia. Ademais, é importante que

não sejam espremidos os comedões. Deve ser evitado o uso de cosméticos de modo excessivo, e quando usados que sejam produtos não comedogênicos. Outras medidas importantes para o cuidado da pele é o uso de hidratante neutro e sem cheiro, para evitar que a pele fique ressecada, e por fim, o uso de protetor solar diariamente se faz imprescindível.^{118,126}

7.10.8 Tratamento

Fluxograma 8 - Manejo do tratamento da acne



Fonte: Gusso e colaboradores.²

O foco do tratamento é baseado em controlar o surgimento de novas lesões, prevenir a escarificação da pele, e reduzir a morbidade envolvida no quadro. As

opções atualmente são diversas e incluem opções de tratamento tópicos e sistêmicos.^{2,125}

As opções de retinóides tópicos de primeira escolha são a tretinoína e o adapaleno, eles atuam na prevenção de novos comedões e normaliza a queratinização folicular. Em ambos os casos há aumento da sensibilidade da pele à luz do sol. Ademais, ambos favorecem a irritação da pele, que em geral pode ser minimizada através de uso com tratamentos que se iniciam com menores concentrações e sobem de maneira progressiva conforme a necessidade. Desse modo, a aplicação deve ser realizada no período da noite, e pela manhã realizar a lavagem do rosto com uso de protetor solar.^{2,119,125,135}

Outra opção tópica é o peróxido de benzoíla, com propriedades comedolíticas e bacteriostáticas, e é segunda linha no tratamento da acne leve, com posologia de duas vezes ao dia. Pode ser usado em monoterapia, mas em combinação com antibióticos ou retinóides têm mostrado resultados superiores que no uso isolado.^{119,125}

Quadro 31 - Tratamento medicamentoso tópico para acne

Tratamento medicamentoso tópico para acne			
Fármaco	Apresentações	Modo de usar	Efeitos adversos
Tretinoína	Gel 0,01%, 0,025% e 0,05% Creme 0,1%, 0,025% e 0,05%	1x ao dia	Ressecamento, descamação e irritação da pele. Fotossensibilidade
Adapaleno	Gel 0,1% Creme 0,1%	1x ao dia	Ressecamento, descamação e irritação da pele, porém menor do que a tretinoína. Fotossensibilidade
Peróxido de benzoíla	Gel 2,5%, 5% e 10%	1 a 2x ao dia	Ressecamento, eritema, descamação e dermatite de contato. Pode manchar roupas
Ácido azeláico	Creme 20% Gel 15%	2x ao dia	Ressecamento, eritema, descamação, queimação, irritação, prurido e raramente hipopigmentação
Eritromicina tópico	Creme 4% Solução 2%	2x ao dia	Irritação local, mancha roupas
Clindamicina tópico	Gel 1% Solução 1%	2x ao dia	Irritação local, mancha roupas

Fonte: Gusso e colaboradores.²

O ácido azaleico também está na segunda linha de tratamento da acne, apresenta ação anti-inflamatória, comedolítica, antimicrobiana e possibilita a redução

de *Propionibacterium acnes* na pele e nos folículos, não induzindo a resistência bacteriana. Em pacientes com a pele escura, o uso deve ser monitorado, pois pode causar hipopigmentação.^{119,123,126}

O ácido salicílico é opção que se faz presente em diversas soluções, sabonetes, e é usado como opção comedolítica, entretanto atualmente, nos ensaios clínicos de boa qualidade esse efeito não tem sido demonstrado.^{2,119}

Os antibióticos tópicos são opções para o controle do *Propionibacterium acnes* da pele e do folículo sebáceo, tem função antimicrobiana e anti-inflamatória. Não devem ser utilizados prolongadamente em monoterapia pois podem promover o aparecimento de cepas resistentes, e desse modo, devem ser usados em combinação com o peróxido de benzoíla. As opções mais usadas são a eritromicina de 2 a 4% e a clindamicina 1%. Existe também a combinação do peróxido de benzoíla a 5% associado a eritromicina 3%. A combinação de retinóides e antibióticos tópicos é uma opção mais eficiente do que o uso isolado, mas diferente do peróxido de benzoíla os retinóides não possibilitam a proteção do surgimento de cepas resistentes.^{2,124,126}

Os antibióticos sistêmicos também tem uso fundamentado na inibição da colonização dos folículos pelo *Propionibacterium acnes*, e o fazem de maneira mais rápida, porém também com mais efeitos adversos. Em geral, são usados nos casos com quadros de acne moderados a severos, também aqueles que a acne está presente no tronco e a acne irresponsiva a terapia tópica. Não há comprovação de opção antimicrobiana que seja superior a outra, e desse modo, a decisão do agente se baseia em custo, perfil de efeitos colaterais, podem ser usadas as tetraciclina, e em geral, são a primeira escolha de tratamento, mas também podem ser usados: cefalexina, amoxicilina com clavulanato, azitromicina, sulfametoxazol e trimetoprima, além de eritromicina.¹²³

O uso dos antibióticos sistêmicos na acne deve ser realizado de modo racional, sempre com a menor duração possível, para que seja evitada a todo custo a resistência bacteriana. Assim, o uso do peróxido de benzoíla tópico de modo concomitante pode ajudar a reduzir o surgimento de cepas resistentes. É importante que seja limitado o uso de antibióticos orais, haja visto que o seu uso pode se associar às seguintes situações: vulvovaginite por cândida, doença inflamatória intestinal, faringite, e infecção por *C. difficile*.^{18,123,126}

Quadro 32 - Antibióticos sistêmicos para acne

Antibióticos sistêmicos para acne			
Medicamento	Dose	Efeitos colaterais	Outras considerações
Tetraciclina	250-500 mg, uma a duas vezes por dia	Sintomas gastrointestinais altos	Tratamento com baixo custo, posologia limitada por necessitar uso em jejum
Doxiciclina	500-100 mg, uma a duas vezes por dia	Fotossensibilidade	A dose de 20mg é apenas anti-inflamatória
Minociclina	50-100m, uma a duas vezes por dia	Hiperpigmentação dos dentes, mucosa oral e pele. Reações lúpus-like com tratamentos de longo prazo	
Sulfametoxazol + trimetoprim	800 mg + 160 mg, duas vezes ao dia	Reações alérgicas, reação de Steven-Johnson	Trimetoprim pode ser utilizado sozinho na dose de 300 mg, duas vezes ao dia
Eritromicina	250-500 mg, duas a quatro vezes por dia	Sintomas gastrointestinais altos	Resistência bacteriana, eficácia limitada

Fonte: Gusso e colaboradores.²

Outra importante opção é composta pelos anticoncepcionais orais combinados, podendo ser usados em monoterapia ou ainda de maneira adjuvante aos demais tratamentos. Em um estudo do tipo metanálise, foi realizada comparação entre o uso de contraceptivo oral combinado e terapia antimicrobiana, e após 6 meses de tratamento, as duas opções se revelaram equivalentes, e desse modo, os contraceptivos orais combinados são a primeira linha do tratamento prolongado de acne.¹²⁷

Desse modo, foi demonstrado que reduzem o número de lesões e a gravidade da acne. 4 Em contrapartida, os contraceptivos apenas de progesterona isolada, tem potencial para piora da acne, e devem ser evitados em mulheres que não tenham contraindicações ao uso dos contraceptivos combinados.^{115,127}

Por fim, há a opção da isotretinoína, que é um derivado da vitamina A, de uso sistêmico, usado no tratamento da acne severa. É o único medicamento disponível com potencial de supressão da acne a longo prazo. Sua indicação é feita quando os demais tratamentos falharam. Ademais, nos pacientes com quadros de acne nodulocística, com formação de cicatrizes, com lesões no tronco, e em pessoas que tenham sintomas psicológicos e problemas sociais decorrentes de problemas com a acne, não há necessidade de retardar o início do tratamento.^{125,128}

A dose usual é de 0,5 a 1 mg/kg/dia, diariamente, por no mínimo 4 meses seguidos. O efeito total da isotretinoína só é observado após um tempo prolongado no final do tratamento, pois mesmo após a última dose da isotretinoína, a pele continua em melhora constante por meses seguidos. É importante explicitar que o tratamento deve ser feito com acompanhamento de médico dermatologista ou que tenha experiência no uso de tal medicação, pois tem muitos efeitos adversos, além de ser teratogênico.¹²⁹

7.10.9 Atividades preventivas e de educação

As atividades de educação se voltam a esclarecer os cuidados necessários com a pele, a fim de evitar o uso de produtos com excesso de óleos, além de evitar o uso de abrasivos. Ademais, é primordial promover o autocuidado, e que o paciente tenha essa consciência. Assim, a acne não deve ser considerada com uma condição normal da adolescência, haja visto que envolve aspectos psicossociais importantes, além da possibilidade de gerar cicatrizes profundas que demandem gastos de dinheiro e tempo grandes para que sejam reduzidas. O tratamento deve ser iniciado de maneira precoce, e o médico de família deve estar preparado para conduzir a grande maioria dos casos.²

7.10.10 Acne rosácea

A rosácea, ou acne rosácea, se caracteriza pelo caráter crônico, é semelhante a acne, porém também apresenta telangiectasias, e surge mais comumente nos adultos de 30 a 60 anos. Como principais características apresenta a dilatação vascular, ou telangiectasias, no nariz, bochechas, pálpebras e testa, tem a possibilidade de apresentar eritema nestes locais, pápulas e até mesmo pústulas. Pacientes com rosácea apresentam maior propensão a apresentar a face avermelhada, com diversos estímulos, como, bebida alcoólica, alimentos muito temperados e com pimenta, temperaturas extremas e reações emocionais. Há também maior propensão a problemas nos olhos, como conjuntivites e ceratites, além disso, pessoas com rosácea têm maior disposição para o surgimento da rinofima, que consiste em hiperplasia das partes moles do nariz, com mais frequência nos homens.²

As opções terapêuticas nesse caso são semelhantes às da acne, sendo inicial e primordial os cuidados com a higiene e proteção solar. As opções iniciais são o

peróxido de benzoíla tópica, com aplicação diária em 1 a 2 vezes, e o metronidazol tópico 1% creme ou gel a 0,75%, com 1 aplicação ao dia, o uso é realizado de 4 a 6 semanas nos dois casos. Em casos resistentes a essas opções terapêuticas, podem ser usados antibióticos sistêmicos, e até mesmo a isotretinoína sistêmica, nas mesmas posologias que a acne.²

7.10.11 Quando encaminhar para o especialista focal

Casos de acne fulminante, com presença de sintomas sistêmicos, acne severa, pacientes com grandes chances de desenvolver cicatrizes, pacientes com chances de apresentar problemas psicossociais decorrentes do quadro de acne, casos de acne secundária, e até mesmo os casos de acne moderada, na qual já foram tentadas diversas opções por pelo menos seis meses, sem resposta terapêutica adequada.¹¹⁶

7.11 Escabiose e pediculose

7.11.1 Definição

A escabiose e a pediculose são dermatozoonoses, também chamadas de dermatoses parasitárias, são diversas, mas neste capítulo serão abordadas a pediculose, que é a infecção causada por piolhos, e a sarna humana, chamada de escabiose. Tais doenças de pele, como tantas outras, podem alterar a qualidade de vida dos pacientes acometidos, perturbando, reduzindo a autoestima, e podendo levar a situações de preconceito e limitações na vida social, incluindo a escola e o trabalho.¹³⁰

7.11.2 Escabiose

Também chamada de sarna humana, é uma infestação da pele por parasitas, é muito frequente, e se dá com a apresentação de erupção cutânea com prurido intenso. A prevalência no mundo estimada é de 300 milhões de pacientes acometidos, com distribuição ampla mundialmente, variando a incidência e a prevalência, tendo característica endêmica em países com menor desenvolvimento econômico.^{131,151,133}

A escabiose apesar da sua alta prevalência, nunca foi prioridade em programas de saúde e pesquisas, e é importante que o médico de família e comunidade tenha uma visão integral do paciente acometido, acompanhando desde o diagnóstico, indicando tratamento e avaliando esse paciente após.¹³²

A escabiose norueguesa ou sarna crostosa, é uma forma rara, grave e extremamente contagiosa, é causada pelo mesmo parasita que causa a escabiose, entretanto, se mostra com maior de ectoparasitas e com uma infestação mais intensa. Em geral, ocorre em pacientes com deficiência do sistema imunológico, tais como pacientes desnutridos, idosos, e portadores do vírus da imunodeficiência humana, podendo ocorrer em outros casos também.¹³⁴

A transmissão da sarna ocorre por contato direto e prolongado com a pele dos pacientes acometidos, principalmente contato sexual, ou até mesmo de modo indireto, no contato com fômites, toalhas, roupas de cama, e outros objetos. E quanto maior o número de parasitas, maior a chance de transmissão. No ambiente familiar, as crianças são as maiores disseminadoras, pois realizam contato físico próximo tanto em casa quanto com outras crianças nas creches e escolas. É importante lembrar que pacientes assintomáticos transmitem igualmente os pacientes com quadro clínico exuberante.¹³⁵

Nos países e regiões com clima temperado, a escabiose é de ocorrência mais comum no inverno, e possivelmente por conta dos maiores aglomerados de pessoas, e também por conta de maior tempo de vida dos parasitas em superfícies nos ambientes com temperaturas mais baixas.¹³⁶

Assim, a escabiose, tem como agente etiológico, ou causador, um tipo de ácaro, o *Sarcoptes scabiei* variação *hominis*, e pertence à classe dos aracnídeos. As fêmeas cavam túneis na camada córnea da pele, após serem fecundadas, e depositam os ovos nesta região. Tal situação ocorre principalmente durante as noites, levando a maior prurido nesses períodos. Os ovos levam de 3 a 10 dias para que eclodem, e as larvas se desenvolvem em 2 semanas, chegando à fase adulta.²

7.11.3 Pediculose

A infestação por piolhos, chamada de pediculose, é uma alteração universal, que atinge a todas as classes sociais, com maior predominância em grupos de maior vulnerabilidade, e classe social mais baixa, com maior ocorrência nas mulheres, possivelmente por conta, na maioria das vezes, do hábito de manter os cabelos longos.²

Com grande frequência os pacientes portadores da condição podem ser assintomáticos, mas o quadro clínico de pacientes com pediculose no couro cabeludo

pode se traduzir por lesões extremamente pruriginosas, principalmente em região occipital, da raiz do pescoço e na região retroauricular. No primeiro contato com o piolho, em geral, o prurido pode demorar de 2 a 6 semanas para surgir, haja visto que a resposta imune à saliva e excretas do ácaro vem a se desenvolver. Diferentemente, das demais infecções, nas quais o prurido surge em 24 a 48 horas. O prurido desencadeia o ato de coçar, o qual traz riscos de infecções secundárias, tanto bacterianas, quanto fúngicas, e até propiciam o surgimento de míases. Nos casos mais graves, pode haver adenomegalia nas cadeias linfonodais cervicais, e até mesmo manifestações sistêmicas podem surgir.²

Já se sabe que há milhares de anos, o homem é acometido por essas infestações, e existem comprovações da presença de piolhos em múmias do Egito, datadas de 3 mil anos a.C., e em diversas outras situações após isso.²

Atualmente, as escolas são os ambientes que mais propiciam a disseminação desses ectoparasitas, principalmente nas crianças de 3 a 10 anos, e conseqüentemente, nos seus familiares, não dependendo da classe social.^{2,137}

A infestação por piolhos na cabeça das crianças afeta o padrão de sono e autoestima, além de gerarem o intenso e desconfortável prurido. Se relacionam a maior índice de falta na escola, discriminação entre os colegas, e leva a uma baixa concentração por conta do desconforto ocasionado pelo prurido.¹³⁸

A pediculose corporal é mais comum em situações com pessoas que vivem fora do ideal de higiene, tal como, moradores de rua, situações de guerra, ou nos momentos pós desastre natural, em que diversas pessoas são abrigadas em locais superlotados. É comum encontrar pacientes que apresentem pápulas hemorrágicas e urticariformes, em regiões de tronco, abdome, nádegas e membros. Os piolhos e as lêndeas ficam principalmente nas dobras das roupas.¹³⁹

Por fim, a pediculose pubiana é uma infestação que se transmite principalmente durante o contato sexual, ou contato íntimo. O *P. pubis* tem preferência por habitar regiões como a região pubiana e axilar, ricas em glândulas apócrinas, e de maneira menos comum, podem também habitar tronco e abdome. Causam intenso prurido, levando a escoriações, e até mesmo infecções secundárias ao processo de eczema. O diagnóstico é clínico, e simples, ao se observar o parasita aderido ao folículo piloso e as lêndeas aderidas próximas à base do pelo.²

A pediculose, não tem apenas um agente causador, mas sim, três espécies que fazem parte da subordem Anoplura, *Pediculus humanus capitis*, o piolho da

cabeça, *Pediculus humanus humanus*, o piolho que infesta o corpo, e o *Pthirus pubis*, o piolho da região pubiana, e todos se alimentam de sangue.²

Na escabiose, é comum encontrar irritação e ou lesões de pele, com áreas de túneis, salientes, de forma linear e coloração avermelhada. É comum que haja prurido intenso em quase todo o corpo, mais evidente à noite, na primo-infecção de 4 a 6 semanas após o início da infestação, e em caso de reinfecção, surgimento em 1 ou 2 dias do prurido pode ressurgir. A coçadura pode levar a arranhões na pele, que podem funcionar como porta de entrada para infecções secundárias.²

Não se pode excluir a escabiose em casos com lesões que se localizam nos espaços interdigitais e no entorno do umbigo. Observar, pois existem crianças com quadro nas plantas dos pés, e em algumas crianças as lesões na região glútea podem ter aspecto escrofuloso ou de impetigo.²

O diagnóstico em geral é clínico, e o exame físico deve ser feito procurando tais características descritas. No entanto, é possível realizar a pesquisa do parasita e de seus produtos, sendo ovos e fezes, realiza-se escarificação dos locais com lesões típicas, com lâmina e bisturi ou cureta apropriada, e o material retirado é colocado em lâmina de vidro com óleo mineral, sendo levado ao microscópio. O exame positivo é útil, entretanto se negativo, o diagnóstico não é excluído.¹⁴⁰

Na pediculose do couro cabeludo o sintoma mais comum é o prurido intenso da cabeça, com rara possibilidade de enxergar a reação da pele é mordida, pois esta é muito leve e dificilmente pode ser observada. Como já dito anteriormente, o ato de coçar repetidamente por conta do prurido intenso, pode ocasionar infecções secundárias. O ideal, desse modo, é remover os piolhos e as lêndeas.²

A remoção pode ser feita de maneira mecânica e manual, através do uso de um pente fino, penteando da raiz para as pontas, visando retirar as lêndeas, ou até mesmo o próprio parasita, um piolho, em geral, acima de um papel colorido, para que sejam visualizados os parasitos e lêndeas que se desprendem, e sejam exterminados.²

7.11.4 Tratamento da escabiose

Na escabiose, atualmente, já se sabe que temos diversos medicamentos disponíveis, e a escolha do tratamento usado deve se basear em diversos fatores, como a eficácia, o potencial de toxicidade, o custo, a facilidade de aplicação, a idade

da pessoa, e a existência ou não de lesões secundárias e até mesmo de eczema.²

Idealmente, devem ser tratados todos os contatos próximos e familiares, justamente para que o paciente não seja infestado, lembrando que mesmo o paciente portador assintomático é transmissor também. Abaixo, quadro com orientações sobre o tratamento.²

Quadro 33 - Orientações para o tratamento da escabiose

Orientações para o tratamento da escabiose
<ul style="list-style-type: none"> ● A pessoa, os familiares e os outros contactantes devem ser tratados na mesma noite, mesmo na ausência de prurido ou sinais clínicos; ● Adultos devem aplicar a medicação do pescoço aos pés, sem friccionar, evitando contato com mucosas e dando especial atenção à aplicação da medicação nos espaços interdigitais, no umbigo, nas genitais e no sulco inter glúteo; ● As unhas das mãos e dos pés devem ser mantidas curtas, e a medicação deve ser aplicada sob as unhas; ● Em crianças e idosos, o couro cabeludo deve ser tratado; ● Evitar passar escabícidas com a pele molhada ou úmida pelo suor, pois isso aumenta a absorção da medicação; ● Não devem ser utilizados sabonetes escabícidas, pois causam irritações e são ineficazes; ● Na manhã seguinte à aplicação da medicação, vestir roupas limpas e trocar os lençóis. As roupas usadas e os lençóis devem ser lavados, expostos ao sol quente e passados com ferro quente. Artigos que não possam ser lavados devem ficar 10 dias guardados em um saco, podendo-se também recorrer à lavagem a seco; ● Dependendo do medicamento usado, um novo tratamento pode ser necessário; ● Orientar para a possibilidade de persistência do prurido por alguns dias, mesmo com o sucesso terapêutico. Nesses casos, o uso de corticoides tópicos ou de anti-histamínicos sistêmicos pode aliviar os sintomas.

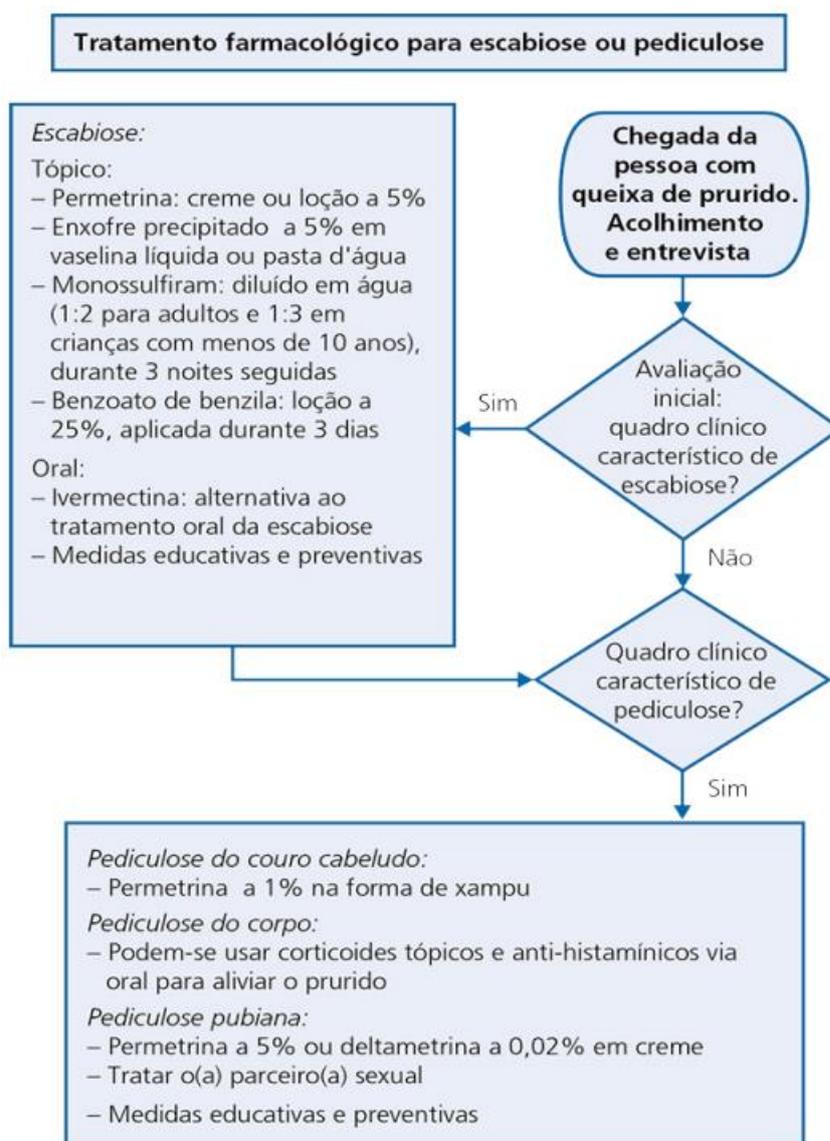
Fonte: Modificado de Gusso e colaboradores.²

A permetrina é uma das opções existentes para o tratamento tópico, se trata de um piretroide sintético e não tóxico, podendo ser usado na forma de creme ou loção a 5%. É altamente eficaz e tem baixos efeitos colaterais, podendo ser considerado o fármaco de escolha para o tratamento da escabiose. Pode ser usado no tratamento de crianças, gestantes, lactantes e pessoas que apresentam muitas escoriações. É suficiente o período de 2 horas de tempo de ação do medicamento. Em geral, uma única aplicação resolve, entretanto, é prudente repetir a aplicação 7 dias depois, para evitar reinfestações e garantir que ninfas sobreviventes sejam eliminadas. É necessário remover a medicação, de 6 a 12 horas após o uso, com banho em água corrente.²

Outra opção, é o enxofre precipitado, em geral, usado a 5% em vaselina líquida ou em pasta d'água. O uso é realizado por três noites seguidas, e deve ser repetido após 7 a 10 noites. Apresenta potencial de irritação da pele, porém é seguro e efetivo, podendo inclusive ser usado em crianças com menos de 2 meses de idade, gestantes e lactantes.²

Outras opções tais como o monossulfiram, e o benzoato de benzila estão disponíveis no Brasil, porém são menos efetivos e apresentam mais efeitos indesejáveis durante seu uso, se tornando opções menos atrativas.²

Quadro 34 - Tratamento farmacológico para escabiose e pediculose



Fonte: Gusso e colaboradores.²

O tratamento sistêmico

consiste no emprego de ivermectina, que é um agente antiparasitário, que pode ser usado para oncocercose e outras filarioses. É alternativa de tratamento, com dose de 200 microgramas por quilograma do paciente. É comum realizar repetição em 10 a 14 dias da dose. Em geral, uma única dose promove cura em até 70% dos casos, aumentando a cura para 95% dos casos com o uso de duas doses no intervalo de 10 a 14 dias. O ideal é evitar o uso de ivermectina em pacientes com menos de 15

kg, mulheres gestantes e lactantes, pois ainda não existem estudos tão aprofundados. É possível que o prurido cesse com 48 horas após a instituição do tratamento. Nos casos de sarna crostosa, é necessário a associação de queratolíticos tópicos, como a vaselina salicilada a 5% ou a própria permetrina a 5%. Deve ser reservada para pacientes com quadros de imunodepressão, ou em casos de exceção.²

Quadro 35 - Dose recomendada de ivermectina para o tratamento da escabiose

Dose recomendada de ivermectina, segundo o peso corporal, para tratamento de escabiose	
•	15 a 24 kg - ½ comprimido
•	25 a 35 kg - 1 comprimido
•	36 a 50 kg - 1 ½ comprimido
•	51 a 65 kg - 2
•	65 a 79 kg - 2 ½ comprimido
•	80 kg ou mais - 3 comprimidos ou 200 microgramas/kg

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

As formas especiais de escabiose devem ser tratadas com alternativas, como por exemplo na escabiose crostosa, ou sarna norueguesa, que é uma forma resistente e recorrente, há grande número de parasitas, que dificilmente são controlados com o uso de agentes tópicos apenas, e desse modo, deve ser realizado com tratamento oral nas doses preconizadas. Os casos de escabiose nodular, com a persistência de nódulos, principalmente em bolsa testicular, em geral, são tratados com o uso de esteroides intralesionais, como a acetona triancinolona 10 mg/ml. E por fim, nos casos de escabiose em pacientes com quadros de imunossupressão por Aids, o tratamento deve ser realizado de modo semelhante a sarna norueguesa, maior recorrência do uso de escabicidas pode se fazer necessária, e a terapia sistêmica é ferramenta comumente usada, em alguns casos é necessário isolar o paciente dos contactantes, para que não haja reinfestações.¹⁴¹

7.11.5 Tratamento de pediculose

A pediculose do couro cabeludo deve ser tratada com permetrina a 1% na forma de xampu, o xampu deve ser aplicado no couro cabeludo, e deixar agir por 10 minutos e após esse tempo enxaguar normalmente, o processo deve ser repetido após uma semana.²

A pediculose do corpo tem como medida inicial e primordial do tratamento a incineração de roupas, pois os ácaros e as lêndeas habitam nas roupas. Faz-se necessário melhorar condições de habitação. As opções para os sintomas das lesões de pele, são o uso de corticoides tópicos e anti-histamínicos para alívio do prurido,

reduzindo a possibilidade de lesões por escoriação e conseqüentemente as infecções secundárias. No caso da possibilidade de existirem as últimas, o ideal seria tratamento com antibióticos orais.²

A pediculose pubiana deve ser tratada com uso de permetrina a 5% ou deltametrina a 0,02% em creme, que é aplicada a noite, e deve ser removida pela manhã, o uso deve ser realizado em 2 noites seguidas, e é necessário que seja repetido em 7 a 10 dias após. É imprescindível tratar os parceiros sexuais, para que não haja reinfecção. E não há comprovações sobre benefícios em realizar tricotomia da região pubiana.^{141,142}

7.11.6 Quando encaminhar para especialista focal

O encaminhamento para um dermatologista deve ser realizado em casos que, mesmo tratados com as opções terapêuticas relatadas, não estão com uma evolução boa, para que sejam aventados diagnósticos diferenciais. Lembrar sempre e revisar nas reinfecções se todos os familiares e contatos próximos foram tratados, haja visto que mesmo os pacientes assintomáticos podem ser causa de nova infecção no paciente tratado.²

7.11.7 Prognóstico e possíveis complicações

Em ambas as situações, tanto na pediculose, quanto na escabiose, a infecção bacteriana é a principal complicação possível, na grande maioria das vezes causada pelos estafilococos que vivem na pele humana e com a quebra da barreira cutânea.^{139,142}

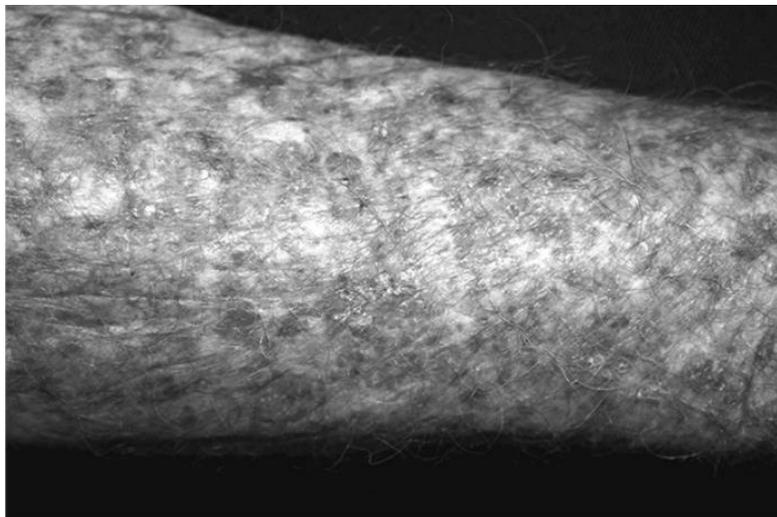
7.12 Nevos, verrugas e tumores

7.12.1 Definição

Queratose actínica: A queratose actínica é uma entidade clínica de pele que se desenvolve em resultado da exposição crônica ao sol, em especial à radiação ultravioleta, com surgimento em adultos de meia idade e idosos, de pele clara. Se trata da quinta queixa que mais leva os pacientes a buscarem um dermatologista no nosso país. É uma lesão chamada de pré-maligna, pois apresenta potencial para se transformar em carcinoma espinocelular. Os fatores mais associados a essa transformação maligna são: idade avançada, exposição solar mantida sem uso de

proteção solar, e fatores de imunossupressão, seja secundária ao uso de medicamentos ou adquirida. Não obstante, existem pacientes que conseguem a regressão das lesões, em especial quando aderem de maneira eficiente às medidas de proteção à exposição solar.^{64,153,154}

Figura 8 - Múltiplas queratose actínicas em antebraço de idoso.



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Doença de Bowen: A doença de Bowen é uma lesão de carcinoma espinocelular in situ, tem potencial de acometer a pele e membranas, e a possibilidade de evoluir para um carcinoma invasivo, com risco aproximado de 5%. Se ocorrer essa invasão, aproximadamente 13% dos carcinomas invasores podem levar a metástases, e desse grupo 10% chegarão à doença disseminada que leva ao óbito.¹⁴³

Carcinoma basocelular: O carcinoma basocelular é formado por células não queratinizadas com origem na camada basal da epiderme. É o tumor maligno mais comum que acomete os humanos. Tem caráter de evolução lenta, entretanto, tem potencial de invasão local, causa destruição dos tecidos adjacentes e traz prejuízos estéticos na maioria das vezes, podendo alcançar também prejuízo funcional. É raro que faça metástases, mas já se sabe que os pacientes que apresentam tal tipo de carcinoma, apresentam também risco aumentado para apresentação de melanoma. Os fatores de risco associados a seu surgimento são semelhantes ao carcinoma epidermóide, a exposição à radiação solar, em especial radiação ultravioleta, a presença de cabelos, olhos e pele clara também são fatores de risco importantes.⁶⁴

Carcinoma espinocelular: O carcinoma espinocelular é formado por conta de proliferação descontrolada e alterada de células da camada espinhosa da epiderme, que pode invadir e levar a metástases. Ademais é o segundo tumor de pele maligno

mais frequente. Como citado anteriormente, tem uma lesão anterior à sua formação, a queratose actínica que se não tratada, evolui para o carcinoma espinocelular.^{143,154}

Figura 9 - Carcinoma basocelular na face.



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Nevo melanocítico adquirido: Se trata de proliferações melanocíticas, com tamanho pequeno, cor homogênea, e simetria nas bordas, são benignas e podem variar entre si. Englobam os nevos juncionais, compostos, intradérmicos, nevo de Clark, nevo de Spitz e o nevo azul. Podem surgir principalmente na puberdade, mas na quarta e quintas décadas da vida tem sua maior incidência, reduzindo o aparecimento conforme a idade aumenta. Já se sabe que pacientes que apresentem grande número de nevos desse tipo têm risco aumentado para desenvolvimento de melanoma.^{145,146}

Figura 10 - Carcinoma espinocelular na fronte

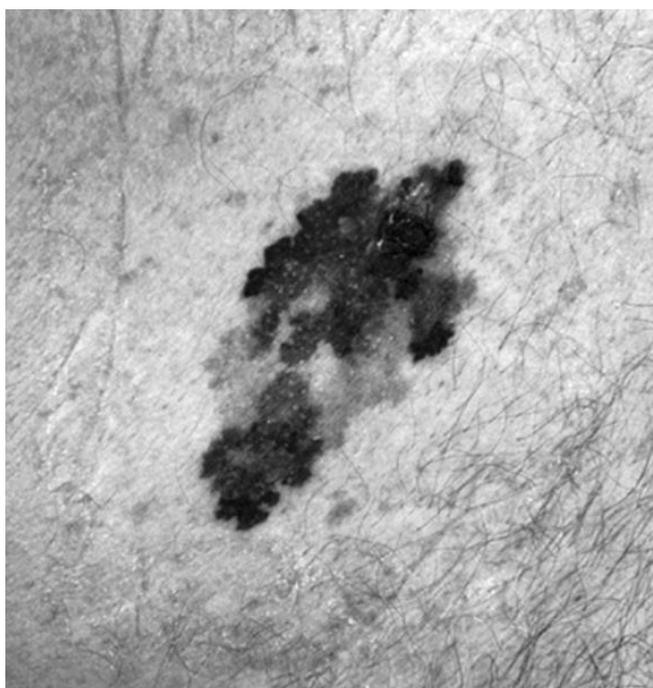


Fonte: Gusso e colaboradores.²

Nevo melanocítico displásico: É chamado também de nevo de Clark, ou nevo atípico, e tem sabidamente correlação como fator de risco para o desenvolvimento de melanoma, é mais comum em pacientes jovens, e sabe-se da relação com exposição solar aguda e intensa.^{147,148}

Melanoma maligno: O melanoma maligno é um tipo de tumor maligno mais raro e mais letal quando comparado aos dois tipos apresentados acima e, entretanto, representa a minoria dos cânceres de pele, ficando apenas com 4% dos casos. Apresenta discreto predomínio no sexo feminino e pode ocorrer em qualquer momento da vida, com maior incidência dos 40 aos 60 anos.^{143,147}

Figura 11 - Melanoma disseminativo superficial em fase vertical de crescimento.



Fonte: Gusso e colaboradores.²

O melanoma maligno tem gênese multifatorial que depende da genética, fatores constitucionais e ambientais. E como principais fatores de risco detectados estão os pacientes que tenham nevos melanocíticos e nevos displásicos, os pacientes que possuam pele e olhos claros, as exposições prévias, e principalmente na infância e adolescência, ao sol, com queimaduras importantes, a história familiar ou pessoal de câncer de pele e demais outras situações genéticas que tornam o paciente mais suscetível ao surgimento desses.¹⁴⁶

O melanoma tem quatro tipos principais, o melanoma disseminativo superficial, o melanoma nodular, o lentigo maligno e o melanoma lentiginoso sacral, é importante dizer que não são os únicos tipos, mas são os principais e os que serão mais abordados neste capítulo.¹⁴⁶

Verruga viral: Se trata de uma multiplicação benigna da pele e das mucosas, e é causada por infecção com os vários subtipos de papilomavírus humano. O paciente pode se contaminar via contato direto ou indireto, e o vírus é inoculado na pele através de microfissuras, e defeitos da derme. É possível que o próprio paciente se contamine, ou seja, auto inoculável, e tem incubação que varia de 2 a 9 meses. É mais incidente em crianças e adolescentes.¹⁵⁴

Figura 12 - Lentigo maligno



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Tumores epiteliais benignos - acrocórdon, queratose seborreica: A respeito dos tumores benignos, é importante citar que o acrocórdon é o tumor fibroso mais comum, que surge em geral nos adultos de meia idade, e sua importância clínica é estética, e da repercussão social que traz para a pessoa.

A queratose seborreica é o tumor de pele benigno mais comum, porém ainda tem início desconhecido. Sabe-se que genética, exposição ao sol, e infecções são possíveis fatores associados à sua gênese. Por outro lado, pode ser sinal para neoplásico, principalmente, quando surgem diversas lesões de queratose seborreica no tronco, que em geral, chama-se sinal de Leser-Trélat, e associa-se ao adenocarcinoma gástrico.^{64,149}

7.12.2 Anamnese

Iremos pensar em tumores de pele sempre que lesões apareçam ou ainda quando lesões prévias mudem de características, tais como alterações de cores, de tamanho, início de prurido, e lesões que sangram em resultado de traumas leves,

además, atención deve ser redobrada em feridas que não cicatrizam, lesões.²

Figura 13 - Queratose seborreica na face



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Na anamnese deve ser questionada sobre exposição solar excessiva durante a vida, em especial, na infância, e questionar sobre o número de queimaduras/insolação; os hábitos de lazer e trabalho durante a vida adulta, se o paciente tem o hábito de usar proteção solar e quando adquiriu tal hábito. Outro fator importante é se o paciente já teve que passar por algum processo de radioterapia, se já teve uso de imunossupressores, além de questionar o histórico familiar e pessoal de câncer de pele.²

7.12.3 Exame físico

Queratose actínica: As lesões típicas são máculas e pápulas entremeadas, eritematosas, cobertas por escamas secas, com superfície áspera, com coloração que varia de castanho escura a amarelada. As escamas são bem aderidas, e se destacadas podem provocar pequenos pontos de sangramento. São mais comuns de serem observadas nas áreas foto expostas, tais como, couro cabeludo, face, região do pescoço e colo, além de dorso dos antebraços e mãos.¹⁴³

Doença de Bowen: A doença de Bowen por característica é uma placa solitária, de bordos irregulares, limites definidos e com coloração avermelhada, pode apresentar descamação ou presença de crostas na superfície. São mais comumente encontradas nas regiões da cabeça, pescoço e pernas, mas não são as únicas áreas passíveis de serem afetadas, e qualquer lugar do corpo pode ser passível de aparecimento das lesões.²

Carcinoma espinocelular: O carcinoma espinocelular tem diversas maneiras de se apresentar, como em pápulas, pápula queratósica, lesão vegetante ou verrucosa, nódulo, nódulos ulcerados, e lesões em placas. Os locais mais comuns de surgimento são: genitália externa, mucosa da boca, dorso das mãos, lábio inferior e orelhas. É importante salientar, que, algumas localizações são mais facilitadoras de metástases, tais como lesões no lábio, região de têmporas, dorso das mãos, orelhas e fronte.^{143,154}

Carcinoma basocelular: As lesões de carcinoma basocelular são diversas, e suas características irão depender do subtipo clínico, mas geralmente, são observadas em regiões foto expostas, como na cabeça e no pescoço, mas também podem surgir em outros locais do corpo, poupam apenas as regiões de mucosas, palmas das mãos e plantas dos pés. Pode ter as seguintes características, pápulas translúcidas, presença de telangiectasias, bordas cilíndricas e peroladas, e podem apresentar ou não ulcerações. Alguns dos subtipos são: nodular, superficial, pigmentado e fibroepitelioma de Pinkus.^{64,154}

Nevo melanocítico adquirido: Na maioria das vezes se tratam de lesões pequenas, que variam, podendo ser planas, cupuliformes, papilomatosas ou em forma de pólipos sésseis. Podem ser encontradas por todo o corpo, com coloração uniforme em cada uma das lesões, mas podem ter variações de cores, com variações de castanho escuro à tons variados de castanho claro.¹⁴⁶

Nevo melanocítico displásico: Ainda não há consenso clínico para definição diagnóstica dessa entidade. Entretanto, atualmente, alguns autores sugerem que pelo menos 3 de 5 critérios devem estar presentes para que seja considerado um nevo melanocítico displásico:^{2,148}

Quadro 36 - Critérios que indicam malignidade nas lesões de pele

- | | |
|----|------------------------------------|
| 1. | diâmetro maior que 5 cm; |
| 2. | bordas mal definidas; |
| 3. | margens irregulares; |
| 4. | múltiplas cores; |
| 5. | componentes maculares e papulares. |

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Melanoma maligno: Como citado anteriormente no capítulo, o melanoma maligno tem subtipos e cada um tem características que predominam, e desse modo, o exame físico de um paciente com lesão suspeita, deve ser realizado da maneira mais minuciosa possível, com direito a análise inclusive de regiões palmo plantares, mucosas e couro cabeludo.^{143,145,146,147}

Abaixo serão descritos os principais subtipos:

Melanoma disseminativo superficial: O melanoma disseminativo configura o tipo mais comum de melanoma maligno, com prevalência que varia de 31 a 71 % no Brasil. Pode ser encontrado em qualquer localização corporal, porém com maior surgimento no tronco nos pacientes do sexo masculino e nas pernas nas pacientes do sexo feminino. O início da lesão ocorre com surgimento de uma mácula, com coloração heterogênea, de preta a marrom, ou ainda pode se iniciar de um nevo preexistente. O seu crescimento inicial é radial, e após isso apresenta crescimento em profundidade. Nessa última fase pode ocorrer surgimento de lesão em forma de pápula ou nódulo, e é comum surgimento de área de regressão, com alteração da coloração para esbranquiçada ou acinzentada, com maior heterogeneidade de cores na lesão.^{2,145,146}

Melanoma nodular: O melanoma nodular se apresenta como nódulo com crescimento rápido, com coloração azulada ou preta, entremeada de áreas vermelhas ou rosadas, com padrão de pigmentação heterogênea e assimétrica, pode ainda apresentar ulceração e sangramento. é o segundo tipo de melanoma mais frequente, tem predileção pelo sexo masculino, e surge mais na cabeça, pescoço e tronco.^{145,147}

Lentigo maligno melanoma: O lentigo maligno melanoma é o tipo menos comum, e seu diagnóstico é mais comum em pessoas acima dos 70 anos. É de ocorrência mais comum em áreas de pele que recebem exposição solar, como na face. É chamado de lentigo maligno enquanto ainda se apresenta apenas in situ, e quando invade estruturas adjacentes, é chamado de lentigo maligno melanoma. Inicialmente começa como uma mancha hiperocrômica acastanhada, que cresce lentamente, apresentando bordas irregulares e cores variadas.^{143,145,147}

Melanoma acral lentiginoso: O melanoma acral lentiginoso é mais comum em pacientes negros, mas é um tipo de melanoma raro, também tem maior incidência em pacientes com mais de 70 anos. É de ocorrência comum nas palmas das mãos, plantas dos pés e na região ungueal. Quando na região palmo plantar, surge como uma mácula assimétrica, com coloração amarronzada heterogênea e bordas irregulares. Quando na região das unhas deve ser hipótese diagnóstica considerada sempre que houver surgimento de alteração hiper pigmentar e irregular na unha, especialmente em pacientes de pele clara.¹⁴⁷

Verruga Viral: As verrugas virais variam de morfologia e localização, podendo atingir qualquer parte do corpo humano. As verrugas comuns ou vulgares são

compostas por pápulas ou nódulos com consistência firme, endurecida, e com hiperqueratose, pode ou não conter pontos escuros ou pretos na sua superfície, e consistem em capilares que trombosaram. As verrugas genitais, também chamadas de condilomas acuminados, tem características de pápulas ou nódulos confluentes, vegetantes, exofíticos, variando de tamanho e podendo se assemelhar a uma couve-flor. Nos adultos, a grande maioria é adquirida via transmissão sexual, e quando ocorre em crianças é obrigatório investigar a possibilidade de abuso sexual.^{64,154}

Tumores epiteliais benignos: Os acrocórdons se caracterizam como pápulas filiformes, com 1 a 5 mm de tamanho, podendo ser da cor da pele do paciente ou acastanhadas, podem se localizar no pescoço, pálpebras, axilas e porção superior do tronco.

Quadro 37 - A regra do ABCDE para lesões de pele

A regra do ABCDE para auxílio diagnóstico	
A.	Assimetria de bordas
B.	Bordas ligeiramente elevadas, arciformes e irregulares
C.	Coloração variável - marrom, preta, rosa, cinza e branca
D.	Diâmetro geralmente maior do que 5 a 6 mm
E.	Evolução da lesão

Fonte: Bologna JL e colaboradores.²

As queratoses seborreicas se caracterizam por lesões papulares, verrucosas, bem delimitadas, com coloração que varia de branca a negra, em geral são múltiplas, localizadas no tronco, pescoço, face e membros. Os diagnósticos diferenciais mais relevantes são nevos e melanoma.^{64,154}

É importante ressaltar que a dermatoscopia é a ferramenta de auxílio mais importante e ajuda na diferenciação de lesão melanocítica suspeita e melanoma maligno. Auxilia na indicação da biópsia, e quando esta deve ou não ser realizada, reduzindo de maneira importante procedimentos e exéreses desnecessárias. E quando necessária uma confirmação histológica, pode ser solicitada curetagem, *shaving* ou biópsia, existem as biópsias incisionais, quando apenas uma porção da lesão é retirada, e as biópsias excisionais, quando a lesão é retirada por completo.¹⁴⁵

7.12.4 Diagnóstico

O diagnóstico de queratose actínica se realiza no exame clínico, e em raros casos, por meio de exame histológico, nos casos com suspeita de carcinoma espinocelular.²

Na clínica, a doença de Bowen pode ser confundida com outras dermatoses e demais tumores de pele, e por isso, na maioria das vezes é necessária uma biópsia para confirmação do diagnóstico.²

Quanto ao carcinoma espinocelular e ao carcinoma basocelular, a biópsia é fundamental para direcionar o tratamento a ser adotado.²

As verrugas virais, o acrocórdon e a queratose seborreica são entidades de diagnóstico clínico, mas sempre que houver dúvidas a biópsia pode e deve ser solicitada.²

Os nevos melanocíticos tem diagnóstico clínico que se baseia na inspeção visual, guiada pela regra do ABCDE, levando em consideração a assimetria, bordas irregulares, heterogeneidade de cores, um diâmetro maior que 5 a 6 mm e a evolução da lesão devem ser levados em conta para ajudar na identificação de melanomas malignos.²

Nos casos em que se suspeita clinicamente de lesão melanocítica de origem maligna, é obrigatório que se realize biópsia, e é o padrão-ouro de diagnóstico. A decisão de realizar biópsia incisional ou excisional, irá depender da localização, extensão e forma do tumor. A melhor opção sempre que possível é a realização de biópsia excisional, com margem de 2 mm e porção do subcutâneo, isso porque oferece ao patologista análise completa da lesão.^{143,146,147,149}

7.12.5 Conduta proposta

Quadro 38 - Orientações aos pacientes para prevenção

Orientações aos pacientes para que ocorra a prevenção	
<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar exposição solar entre as 10 e 15 horas; ● Usar filtro solar diariamente, aplicando a cada 2 horas, em média ● Procurar médico em caso de alguma lesão mudar suas características prévias ● Passar por avaliação periódica da pele e suas lesões 	

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Queratose actínica: Como citado anteriormente, a queratose actínica se trata de uma lesão pré-maligna, entretanto, não são todas as lesões que evoluirão para câncer, o problema é que ainda não sabemos como detectar quais irão persistir, regredir e quais se tornarão carcinoma espinocelular. E desse modo, o ideal é tratar. Atualmente não há consenso sobre o melhor método, e a escolha da terapêutica empregada irá depender da habilidade do profissional que irá realizar o procedimento, além das características clínicas do paciente, e demais características, como número

de lesões, localização dessas, e tamanho das lesões. Como opções disponíveis temos a crioterapia com nitrogênio líquido, excisão por *shaving*, curetagem com ou sem o uso de eletrocoagulação. Quando presentes em grandes áreas as opções incluem *criopeeling*, o uso tópico de 5-fluoracil, imiquimode a 5%, gel de diclofenaco a 4%, peelings químicos que podem alcançar camadas profundas da pele ou médias, além da terapia fotodinâmica ou laser.^{64,143}

Doença de Bowen: As opções terapêuticas disponíveis são diversas, e podem ser desde a excisão com sutura, a cirurgia micrográfica de Mohs, curetagem com ou sem eletrocoagulação, criocirurgia, uso tópico de 5-fluoracil, laser ablativo, creme de imiquimode, terapia fotodinâmica, radioterapia, laser ablativo e ablação química.^{64,143}

Carcinoma espinocelular e carcinoma basocelular: Antes de tomar uma conduta terapêutica, devem ser avaliados o risco de recidiva e metástase, observando sempre o tamanho da lesão tumoral, o grau de diferenciação das células, a profundidade de invasão, localização anatômica, envolvimento de nervos, e se a lesão é primária ou recidivada. As opções existentes são a criocirurgia, cirurgia micrográfica de Mohs, curetagem com eletrocoagulação, cirurgia excisional. Nos casos de carcinoma basocelular superficial temos a opção que usar a quimioterapia tópica, com o imiquimode e o 5-fluoracil. A cirurgia micrográfica de Mohs é o tratamento de primeira escolha para tratamento de carcinoma basocelular esclerodermiforme, lesões mal delimitadas, ou ainda removidas de modo incompleto em procedimento anterior, com alto risco de recorrência, maiores que 2 cm, ou ainda que precisem de manutenção de tecido para manutenção de função. Em casos com tumores nos vasos linfáticos o esvaziamento de gânglios regionais se faz necessário associado a radioterapia.^{64,143}

Nevo melanocítico adquirido: Não há a necessidade de tratar tais lesões, exceto se for o desejo do paciente, com finalidade estética. E as opções possíveis são a exérese da lesão ou a realização de *shaving*.^{64,143}

Nevo melanocítico displásico: Mesmo sabendo da relação e do risco de tais lesões virem a se tornar melanomas malignos, tais lesões não precisam ser retiradas de maneira profilática, pois a grande maioria não se tornará maligna. E o ideal, é a observação ativa das lesões, e a busca de um profissional no caso de mudarem de características.²

Melanoma maligno: O tratamento do melanoma maligno irá depender de alguns fatores como o tipo histológico da lesão, a extensão, e o comprometimento ou não de

outros órgãos. A terapia de escolha é a retirada cirúrgica do tumor. A pesquisa do linfonodo sentinela é importante, pois com ela conseguimos detectar micro metástases, e refinar mais ainda o diagnóstico. A crioterapia e o uso de imiquimode tópico se reservam para o uso em casos de lentigos malignos extensos da face e outros casos mais específicos.^{64,143}

Em casos de melanoma maligno com metástases o uso de terapias neoadjuvantes é fundamental, e pode ser usada a quimioterapia sistêmica, imunoterapia, a terapia com interferon alfa e a radioterapia.^{143,147}

Verruga Viral: Alguns fatores interferem na escolha da terapia, como a localização, o tamanho e o número de lesões, o tipo de verruga, além da idade do paciente e cooperação. Nas crianças é comum que ocorra uma regressão espontânea.⁶⁴

Tumores epiteliais benignos: A indicação terapêutica existe visando finalidade estética apenas. Os acrocórdons e as queratoses seborreicas podem ser tratados com exérese, crioterapia, laser ablativo, curetagem ou ainda eletrocoagulação.^{64,144}

7.12.6 Quando encaminhar para o especialista focal

A referência a um profissional especialista deve ser realizada de maneira precoce, sempre que dúvidas existirem, e quando não se tiver acesso a possibilidade de diagnóstico histopatológico e aos tratamentos possíveis.²

7.12.7 Prognóstico e complicações possíveis

No caso do carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e da doença de Bowen, nos casos que o diagnóstico é realizado de maneira precoce, o prognóstico é ótimo e com altos índices de cura. As complicações mais associadas são as deformidades locais deixadas pelas exéreses, e as recidivas locais dos tumores.²

Já no caso do melanoma maligno, é muito difícil um prognóstico certo, e dependerá totalmente do estágio da doença quando realizado o diagnóstico.²

No caso das verrugas virais, o índice de cura é de 100% quando instituído tratamento correto, porém em pacientes imunossuprimidos, pode ocorrer das lesões se disseminarem tornando mais difícil o tratamento.²

7.13 Celulites e piodermites

7.13.1 Definição

A celulite se caracteriza como infecção aguda que alcança os tecidos mais profundos da pele, incluindo o subcutâneo, e traz repercussões sistêmicas, como febre, linfadenopatia regional, e dor. Na pele é comum encontrar edema, e eritema, além de dor local, o limite entre a região infectada e a pele sadia não é nítido, e tal infecção deve ser prontamente tratada, pois tem potencial de disseminação rápida.^{150,151}

As piodermites são infecções com pus da pele ou dos seus anexos, que na maioria das vezes é causada por infecção ocasionada por bactérias gram positivas, como estafilococos ou estreptococos, sozinhos ou associados.¹⁵⁰

As piodermites podem ser primárias e secundárias, sendo as primárias originadas na pele saudável previamente, e as infecções secundárias acontecem, em geral, sobrepostas às lesões preexistentes.¹⁵¹

Quadro 39 - Quadro clínico das infecções de pele

Quadro clínico das infecções de pele		
Clínica	Do que se trata	Observação
Impetigo	Infecção superficial da pele causada por estafilococos, estreptococos, ou ambos. É dividido em dois tipos clínicos: o bolhoso e o não bolhoso (crostoso)	Ocorre em qualquer parte exposta do corpo (face, pescoço, mão e extremidades) e em qualquer idade, mais comum em lactentes e crianças
Impetigo não bolhoso (crostoso)	Infecção inicialmente estreptocócica, com o estafilococo instalando-se como infecção secundária. Ocorre formação de vesículas ou pústulas transitórias, que evoluem para crostas	Em torno de 5% dos casos ocasionados pelo <i>S. pyogenes</i> pode resultar em glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica
Impetigo bolhoso	Surgimento rápido de vesículas e bolhas flácidas e superficiais, em torno de 2 dias rompem, originando crostas amareladas circinadas. As bolhas surgem devido à acantólise na camada granular da pele causada pela toxina esfoliativa estafilocócica	Corresponde a uma forma localizada da síndrome da pele escaldada que ocorre nas crianças (é o mais comum entre de 2 a 5 anos)
Ectima	Inicia com vesícula, ou vesícula e pústula, evolui para lesão ulcerada, com crosta aderente e circundada por halo eritematoso. Deixa cicatriz decorrente do nível de agressão à pele	Mais comum se localizar nas pernas, provocado por pequenos traumas, picadas de insetos. *pessoas com condição higiênica precária
Foliculites	São processos inflamatórios que atingem o folículo pilossebáceo	Quadro clínico evolutivo, de acordo com nível atingido no folículo

(continua...)

(continuação...)

Quadro clínico das infecções de pele		
Clínica	Do que se trata	Observação
Foliculite superficial, ou osteofoliculite	Processo inflamatório no óstio do folículo piloso. Quadro com pequenas pústulas muito superficiais, centradas por um pelo, pode comprometer qualquer parte do corpo	É frequente no couro cabeludo, nas nádegas e nos membros, não prejudicando o crescimento capilar
Foliculite decalvante	Foliculite crônica que leva à destruição folicular, e atrofia que leva à alopecia cicatricial. O <i>S. aureus</i> frequentemente pode ser isolado das pústulas, mas sua etiologia não está esclarecida	Provavelmente resulta da resposta do hospedeiro às toxinas liberadas pela bactéria
Foliculite da barba, ou sicosose da barba	Infecção estafilocócica crônica da barba. Manifesta-se por pápulas inflamatórias e pústulas com tendência à recidiva	Diagnóstico diferencial com tinha da barba, acne vulgar (encontrados comedões, pápulas, cistos e nódulos) e pseudofoliculite (pelos encurvados que penetram na pele)
Furúnculo	Infecção do folículo piloso e glândulas sebáceas, causada, em geral, pelo <i>S. aureus</i> e precedida por uma foliculite. Nódulos eritematosos dolorosos, que, com o transcorrer do tempo, tornam-se flutuantes, quando então drenam secreção purulenta	Fatores predisponentes: diabetes melito, obesidade, imunodeficiências, corticoide, terapia sistêmica e trauma local da pele. Pela autoinoculação, podem surgir novas lesões, prolongando o processo
Antraz, ou carbúnculo	Furúnculos confluentes, separados por septos que drenam por orifícios diferentes ("sinal do bico de regador"), localização mais comum na nuca	É comum conceituá-lo: "antraz é um furúnculo atroz e atrás"
Hordéolo	Inflamação estafilocócica aguda das glândulas das pálpebras. O quadro clínico é caracterizado por eritema, dor e edema acentuado da pálpebra comprometida	As glândulas mais afetadas são de Meibomius (produz a fase gordurosa do filme lacrimal) (hordéolo interno). Comprometimento das glândulas de Zeis (pequena glândula sebácea) e de Moll (glândula sudorípara), que estão próximas dos cílios (hordéolo externo)
Pseudofoliculite (<i>Pili incarnati</i>)	Processo inflamatório da área da barba e pescoço envolvendo folículos pilosos e a pele circunvizinha, decorre da irritação da pele pela penetração de fios da barba antes de saírem do folículo piloso ou fios, que, ao emergirem do folículo, penetram na pele, levando a uma reação de corpo estranho. Apresenta pápulas, pústulas, cicatrizes queloidianas, manchas e pelos encravados, predomina na face e pescoço	Acomete principalmente homens negros, podendo ocorrer em mulheres que fazem depilação na área da virilha (queixa muito frequente) O diagnóstico é estabelecido pelo exame clínico

(continua...)

(conclusão...)

Quadro clínico das infecções de pele		
Clínica	Do que se trata	Observação
Paroníquia estafilocócica	Inflamação aguda ou crônica que envolve as dobras das unhas e o tecido periungueal, agente etiológico envolvido o <i>S. aureus</i> . Clínica: presença de eritema, edema, com a formação de pus e presença de dor latejante	São fatores desencadeantes soluções de continuidade da epiderme resultante de traumas em manicure, onicomicose e exposição excessiva das mãos a detergente e água (donas de casa e lavadores de pratos)
Eritrasma	Infecção bacteriana de áreas intertriginosas que tem como agente etiológico o <i>Corynebacterium minutissimum</i> , um bastonete gram-positivo (mais comum em países tropicais). Sua característica clínica são manchas acastanhadas, marrons ou avermelhadas localizadas em áreas como espaços interdigitais dos pés, axilas, área inguinocrural e prega mamária, úmidas e maceradas	Fatores predisponentes: diabetes melito, obesidade, hiperhidrose
Síndrome da pele escaldada estafilocócica	Infecção bolhosa causada por cepas toxigênicas do <i>S. aureus</i> , ocasionando uma bolha estéril na camada granular. Em consequência da localização, a bolha formada é flácida, devido ao seu teto fino. A intensidade da doença leva a uma perda superficial disseminada da pele. Geralmente é precedida por conjuntivite, nasofaringite e rinite purulenta, seguida de exantema macular avermelhado com formação de bolhas que disseminam rapidamente. Pode cursar com febre e irritabilidade. As bolhas que se descolam dão origem a uma descamação laminar, deixando uma base úmida e eritematosa, causando o aspecto de grande queimado (pode levar a perdas hídricas extensas e desequilíbrio eletrolítico). O diagnóstico é feito fundamentado na clínica.	Ocorre com mais frequência em neonatos e crianças com menos de 6 anos, pois a taxa de filtração glomerular da toxina epidermolítica é 50% menor do que o valor do adulto. Além disso, na criança, associada à filtração parcial da toxina epidermolítica tem-se a falta de imunidade específica contra ela. É importante fazer diagnóstico com necrólise epidérmica tóxica, causada por medicamentos.
Celulite	Infecção e inflamação difusa, crescente, edematosa, eritematosa e supurativa da pele. Acomete principalmente a derme e o tecido celular subcutâneo, manifestando-se como uma lesão não elevada e mal delimitada (é um diagnóstico diferencial com a erisipela).	Evolui com sintomas gerais como febre, dor e estado geral comprometido.
Erisipela	Celulite superficial, observada mais frequentemente acima dos 60 anos, tendo como principal agente o estreptococo beta hemolítico do grupo A. Afeta principalmente os membros inferiores, e a penetração ocorre por soluções de continuidade, como as micoses interdigitais. O diagnóstico é clínico, com lesão de instalação rápida e evolução com eritema e edema de limites bem definidos, além de calor e dor. É comum observar comprometimento linfático.	Surtos repetidos podem ocorrer em uma mesma região. Os fatores predisponentes locais são principalmente a insuficiência venosa e a linfangite crônica. Os fatores sistêmicos são obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial, fumo e alcoolismo.

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Os agentes etiológicos tanto na celulite quanto na piodermite são bactérias piogênicas, principalmente o estreptococo beta hemolítico, e o estafilococo, são os principais responsáveis tanto das infecções primárias, quanto nas infecções secundárias.¹⁵⁰

Nas crianças abaixo de 2 anos de idade, podemos encontrar outros agentes, como o *Haemophilus influenzae*, e o *Streptococcus pneumoniae*, já nas crianças imunossuprimidas podem ser encontradas bactérias entéricas como agente causador, como a *Pasteurella multicolor*, e outras.¹⁵⁰

7.13.2 Diagnóstico

Deve ser realizada entrevista detalhada, questionando sempre sobre a presença de sintomas relacionados, como dor, prurido, início e evolução da lesão, sempre questionar também sobre sintomas sistêmicos, tais como febre, mal estar e comprometimento do estado geral. Nos casos de feridas causadas por mordidas ou picadas, é sempre necessário questionar qual o animal ou inseto responsável pela lesão.²

O exame físico, como citado acima, dá diversas características importantes para distinguir as lesões possíveis. Na maioria das vezes através de um exame clínico bem detalhado, é possível determinar o diagnóstico e escolher a terapêutica adequada, não sendo necessário realizar exames sorológicos ou culturas das lesões.¹⁵²

7.13.3 Tratamento

Celulite e erisipela: No caso de pacientes com celulite ou erisipela é necessário realizar o uso de antibioticoterapia sistêmica, e como opções temos:²

Quadro 40 - Opções de antibióticos sistêmicos para tratamento da celulite e erisipela

Opções de antibióticos sistêmicos para tratamento da celulite e erisipela	
•	Penicilina G procaína, 400.000 UI, IM, a cada 12 horas, por no mínimo 10 dias.
•	Cefalexina, 500 mg, VO, 4x ao dia, por 10 dias.
•	Ciprofloxacino, 500 mg, VO, 2x ao dia, por 10 dias.
•	Eritromicina, 500 mg, VO, 4x ao dia, por 10 dias nas pessoas alérgicas à penicilina e às cefalosporinas.
•	Casos recorrentes, utilizar penicilina benzatina, 1.200.000 UI, IM, de 3/3 semanas, por 1 ano.

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Impetigo: O tratamento do impetigo inclui higiene local, com sabonete neutro de 2 a 3 vezes ao dia, auxiliando na remoção das crostas, e uso de antibióticos

tópicos, na grande maioria das vezes, podendo usar a mupirocina 2% pomada ou ácido fusídico 2% creme, ambas as opções devem ser usadas 3 vezes ao dia. No caso de haver dificuldade para remoção das crostas, a aplicação de vaselina pode ajudar a amolecer as crostas para que seja realizada sua retirada.²

Em pacientes com lesões espalhadas, e com alteração do estado geral, é indicado o uso de antibióticos sistêmicos: Penicilina benzatina: 1.200.000 UI (para adultos) e 50.000 UI/kg, até no máximo 900.000 UI (para crianças com peso abaixo de 27 kg), dose única; Eritromicina 30 a 50 mg/kg/dia, 4x ao dia, VO (para crianças), e 500 mg, 4x ao dia, VO (para adultos), por 5 a 7 dias; Cefalexina 30 a 50 mg/kg peso/dia, 4x ao dia, VO (para crianças), e 500 mg, 4x ao dia, VO (para adultos), por 5 a 7 dias; Azitromicina 500 mg/dia, VO, durante 5 dias (para adultos), e 10mg/kg/dia, 1 dose por dia, 3x ao dia, ou 10 mg/kg no primeiro dia, seguido por 5 mg/kg, durante 4 dias, administrados em dose única diária (para crianças).¹⁵²

Furúnculo: Quando a região estiver com flutuação presente deve ser realizada a drenagem, mas além disso, temos opções de antibióticos tópicos e sistêmicos, a depender do número de lesões pode ser preferível um em relação ao outro. As opções de tratamento local com uso de antibióticos tópicos são a Mucopirocina pomada a 2% 3 vezes ao dia ou Ácido fusídico creme a 2% também com uso 3 vezes ao dia. Já o tratamento com antibióticos sistêmicos inclui Eritromicina, 30 a 50 mg/kg/dia, quatro vezes ao dia, via oral (para crianças), e 500 mg, quatro vezes ao dia, via oral (para adultos), por 5 a 7 dias ou Cefalexina, 500 mg, quatro vezes ao dia, VO (para adultos), e 30 a 50 mg/kg/dia, quatro vezes ao dia, VO (para crianças), por 5 a 7 dias ou Azitromicina, 500 mg/dia, VO (para adultos), durante 5 dias e 10 mg/kg/dia, 1 dose por dia, três vezes ao dia ou 10 mg/kg no primeiro dia, seguido por 5 mg/kg, durante 4 dias, administrados em dose única diária (para crianças).^{2,152}

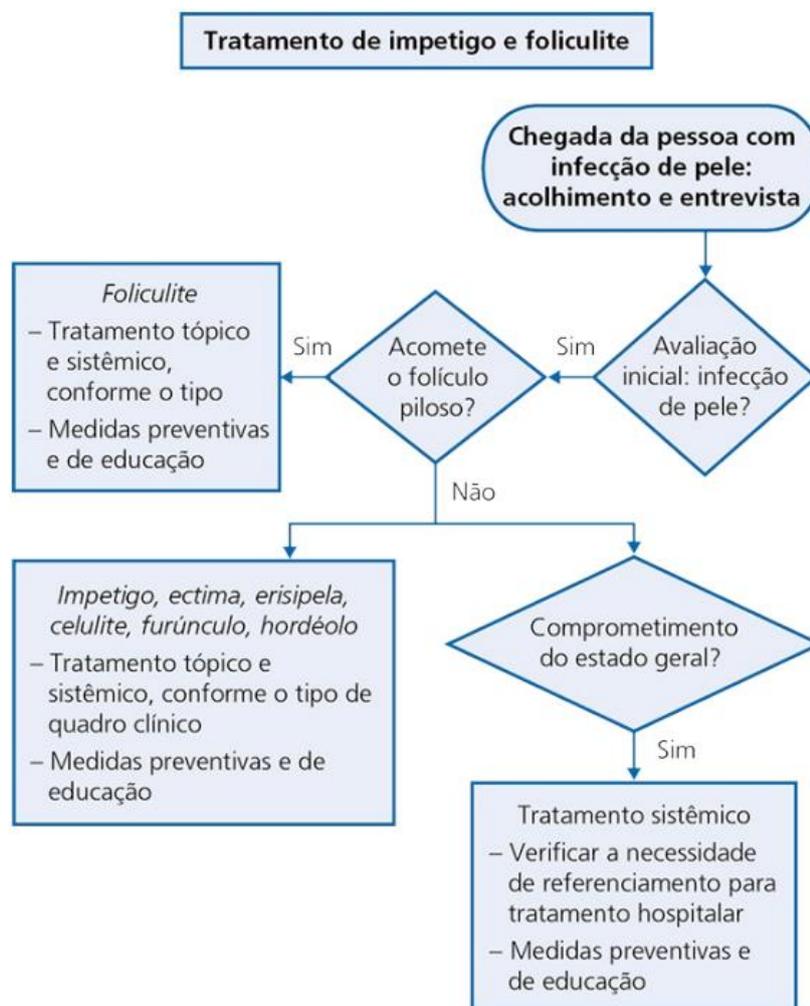
Antraz: No caso de pacientes com quadros de carbúnculo ou antraz, o uso de compressas quentes no local pode ajudar na flutuação da lesão de modo mais rápido, e após isso a drenagem cirúrgica é indicada, seguindo as opções de uso de antibioticoterapia sistêmica igual ao que se faz no caso de furúnculos.¹⁵²

Hordéolo: O tratamento local pode ser realizado com ciprofloxacino a 0,3%, em apresentação de pomada oftálmica, a cada 8 horas, e o tratamento sistêmico pode ser realizado com ciprofloxacino 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por 5 dias.¹⁵²

Pseudofoliculite: As opções terapêuticas consideradas são iguais aos quadros de impetigo, seja o tratamento tópico ou sistêmico.¹⁵²

Paroníquia estafilocócica: O passo principal do tratamento inclui a drenagem cirúrgica, que ajuda a aliviar a dor. Associado a isso, as opções de antibióticos tópicos são a mupirocina a 2% em pomada, e o ácido fusídico a 2% em creme. Se necessário o uso de terapia antimicrobiana sistêmica, a opção ideal é a cefalexina 500 mg, a cada 6 horas, via oral, por 7 dias.¹⁵²

Fluxograma 9 - Tratamento do impetigo e foliculite



Fonte: Gusso e colaboradores.²

Erizasma: O tratamento preferencial é com o uso de antibioticoterapia sistêmica, com eritromicina 250 mg, via oral, a cada 6 horas, por 5 dias, ou a claritromicina 1 grama, via oral, em dose única. Podem ser associados a tratamento tópico, com as seguintes opções, miconazol a 1% em creme, clotrimazol a 1% em creme, e econazol a 1% em creme.¹⁵²

Síndrome da pele escaldada estafilocócica: Pacientes com tal diagnóstico devem ser tratados em regime hospitalar, com necessidade de reposição

hidroeletrolítica, e cuidados de enfermagem. A opção terapêutica antimicrobiana deve incluir um antibiótico penicilinase-resistente e intravenoso, com o foco de erradicar o estafilococo da infecção.¹⁵²

7.13.4 Prognóstico e complicações possíveis

As complicações possíveis são diversas, e quando se fala do estreptococo do grupo A, é impossível não pensar em glomerulonefrite difusa aguda, é importante lembrar que o tratamento não reduz o risco de tal complicação, mas sim, reduz a disseminação da cepa que tem o potencial de trazer tal consequência.¹⁵²

7.13.5 Atividades preventivas e de educação

Para os contatos de pacientes com infecção da pele deve ser orientada a lavagem regular das mãos com sabonete, o uso de unhas curtas, e toalhas individuais, e se possível com trocas diárias, além do uso de sabonetes diariamente durante a vigência da infecção, e evitar ficar tocando na pele infectada. Em casos de pacientes com infecções de pele e que trabalhem em contato com alimentos, ou na área de saúde, é importante que o médico do trabalho avalie a possibilidade de afastamento dos mesmos, pelo risco de contaminação dos alimentos ou ainda de propagação de doenças aos pacientes.¹⁵²

7.14 Micoses e onicomicoses

7.14.1 Definição

As micoses são infecções causadas por fungos, podem atingir a pele, e seus anexos, aqui falaremos sobre as micoses de pele e as onicomicoses, que são as micoses das unhas.²

A infecção fúngica das unhas, ou seja, onicomicose, tem prevalência que pode alcançar até 13% de adultos, e 2,6 % das crianças.^{153,154}

Os agentes etiológicos, ou seja, os fungos, são encontrados no meio ambiente, ou ainda em contato com lesões ou regiões que tenham a colonização desses. Os mais frequentes fungos são a *Candida* sp., dermatófitos e as leveduras do gênero *Malassezia*.^{153,154}

A cândida é um fungo extremamente frequente e faz parte da flora normal, e normalmente coloniza o trato gastrointestinal, a região oral e a vagina. Entretanto, é

um dos causadores de infecção oportunista mais importantes, e predomina quando há redução dos mecanismos de defesa do hospedeiro.¹⁵⁵

Os fungos dermatófitos são os agentes causadores pelas tinhas, também chamadas de dermatofitoses, e podem alcançar até 15% de prevalência na população, a depender do tipo de população estudada e do tipo de tinha.¹⁵⁶

A malassezia é a responsável por causar a pitíriase versicolor, que é uma infecção fúngica superficial. Ocorre no mundo inteiro, e apresenta maior incidência em locais de clima tropical, podendo alcançar uma prevalência de até 50%. Lembrando que este também é um fungo que compõe a flora normal da pele e não é contagioso. Os fatores envolvidos no desenvolvimento da pitíriase versicolor estão a exposição ao calor e umidade, uso de óleos na pele e a condição clínica da hiperidrose. E não há correlação com má higiene, com maior frequência ocorre em adolescentes e adultos jovens.²

De maneira prática a diferenciação dos agentes causadores não se faz necessária, pois o método diagnóstico e o tratamento são iguais ou semelhantes.

Nos pacientes que apresentam tinha inguinal, o fator que predispõe se relaciona ao ambiente quente e úmido, e é muito comum nos pacientes que apresentam hiperidrose na região inguinal.^{157,158}

Nos casos de micoses em regiões de dobras, ou chamadas de intertrigos, os fatores de risco são semelhantes aos da região inguinal, com umidade, e calor locais, e o aumento da fricção, e desse modo os pacientes obesos que fazem uso de roupas justas e com tecidos que permitem pouca ventilação, e além desses, também estão mais expostos os pacientes que sofrem com hiperidrose. Quadro um pouco diferente do intertrigo das mãos, que tem como fatores de risco a umidade e a exposição ao açúcar, como é o caso de profissionais como padeiros, baristas, confeitários, e pessoas que usam luvas por períodos prolongados.¹⁵³

No caso das onicomicoses os fatores de predisposição mais relacionados são o trauma, diabetes, insuficiência vascular periférica, e em crianças, aquelas com Síndrome de Down parecem estar mais predispostas a tal infecção das unhas.^{153,154}

É importante citar que qualquer condição que reduza a resposta imune do corpo predispõe a infecções fúngicas no geral, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, o diabetes melito, o uso de corticoides tópicos e sistêmicos, a quimioterapia, a desnutrição e diversas outras situações.^{155,159}

Dentre os sintomas e sinais mais comuns dos quadros de micoses de pele se

encontram o prurido, eritema, descamação e a maceração.¹⁵⁸

7.14.2 Anamnese

Na anamnese do paciente com suspeita de micoses da pele, na grande maioria das vezes o principal sintoma é o prurido. Pode existir uma ou mais lesões descamativas e eritematosas, e aquelas que surgem nas regiões mais úmidas do corpo é comum que ocorra presença de odor desagradável. Nas unhas a queixa em geral se relaciona com a estética, é comum que a unha se torne mais grossa, e porosa.²

Figura 14 - Micose da barba com aspecto sicosiforme.



Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

7.14.3 Exame físico

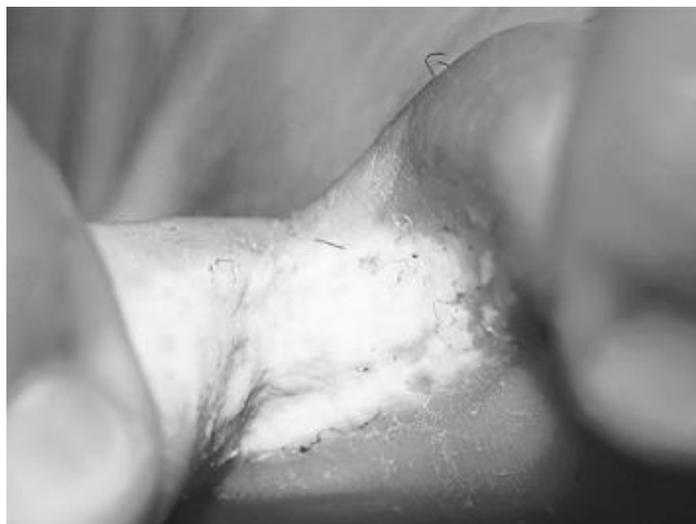
Micose do couro cabeludo: A micose mais comum do couro cabeludo é a tinha, podendo formar quadro com erupções com crostas e pústulas, áreas com prurido, e placas com cotos pilosos de 1 a 2 mm, e podem fazer formação de lesões inflamatórias chamadas de *kerion celsi*, no caso de não serem tratadas. O *kerion* se caracteriza por formação de placa elevada, única, com delimitação clara, presença de pústulas e micro abscessos, sendo dolorosa.^{158,160}

Outra micose que pode acometer o couro cabeludo é a pitiríase versicolor, e

será abordada mais à frente.²

Micose da face: A tinha da barba, ou chamada também de tinha da face é uma apresentação extremamente rara e pode se apresentar de diversas formas, com lesões inflamatórias, exsudativas e até mesmo supurativas, podem ainda fazer lesões extremamente semelhantes a foliculite da barba, e aí são chamadas sicosiforme.^{158,160}

Figura 15 - Micose dos pés interdigital com área macerada.



Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

Micose dos pés: As micoses dos pés englobam quadros de tinha, ou ainda por candidíase, podendo popularmente ser chamada de frieira ou pé de atleta. Em geral, é chamada de frieira quando acomete a região entre os dedos, e apresenta prurido, maceração, descamação e pode fazer fissuras, sendo inclusive porta de entrada para infecções bacterianas graves.²

Figura 16 - Micose dos pés, tipo pé-de-mocassim

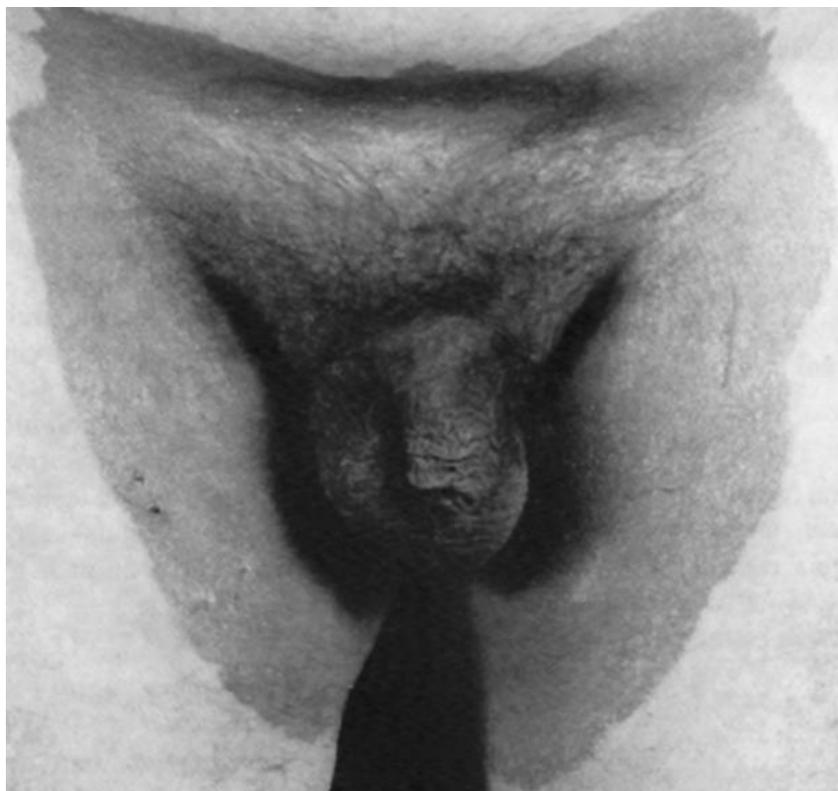


Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

A micose dos pés também pode se apresentar com um padrão diferente do descrito acima, como por exemplo o padrão "pé-de-mocassim", e afeta a região

plantar, do calcanhar e laterais dos pés, fazendo vesículas e descamação. Pode se tornar crônica, e assim, as regiões descritas podem ficar inteiramente descamativas, e com aparência de hiperqueratose.²

Figura 17 - Micose da região inguinal



Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

Micose das mãos: A micose das mãos, em geral, é ocasionada pela *tinha*, e faz um quadro de hiperqueratose, em palmas das mãos, com descamação presente, e acentuada na região dos sulcos. É comum que apenas uma das mãos seja acometida. Nos casos de candidíase interdigital é comum que as mãos apresentem eritema e maceração, com envolvimento principalmente do terceiro e quarto espaço interdigital.¹⁶⁰

Micose da região inguinal: A micose de região inguinal em geral, a *tinha*, se inicia na prega inguinal, e progride para a coxa. É comum se apresentar com eritema intenso, ou ainda com coloração acastanhada, com delimitação clara da lesão para a região de pele sadia, descamativa e elevada. Em casos mais antigos, pode estar presente liquenificação, principalmente por conta do prurido que é intenso na grande maioria das vezes. É comum nos quadros de *tinha* o acometimento bilateral, poupando região de pênis e saco escrotal, diferente da candidíase que costuma acometer a região totalmente, sem poupar os genitais.^{144,158,160}

Micose das pregas: As regiões que com maior frequência são acometidas pela candidíase são a região das flagras e as regiões interdigitais, seguidas pelas pregas inguinais, axilares, prega inter glútea, prega infra mamária e comissuras labiais, sendo a última chamada de queilite angular, é muito comum em idosos. Todas essas regiões têm em comum a umidade e o calor.²

Figura 18 - Micose inframamária com candidíase intertriginosa



Fote: Klenk e colaboradores. ¹⁶⁰

As lesões consistem em placas grandiosas, pruriginosas, eritematosas e maceradas, que podem apresentar erosões e descamação nas regiões periféricas. Ademais, podem também apresentar fissuras, e até sinais de infecções secundárias, como dor, calor, queimação e secreção.²

Na região das fraldas é comum a ocorrência da chamada dermatite das fraldas, que é causada pela cândida, com a presença de placas eritematosas maceradas, comumente apresentam pústulas satélites.^{144,158}

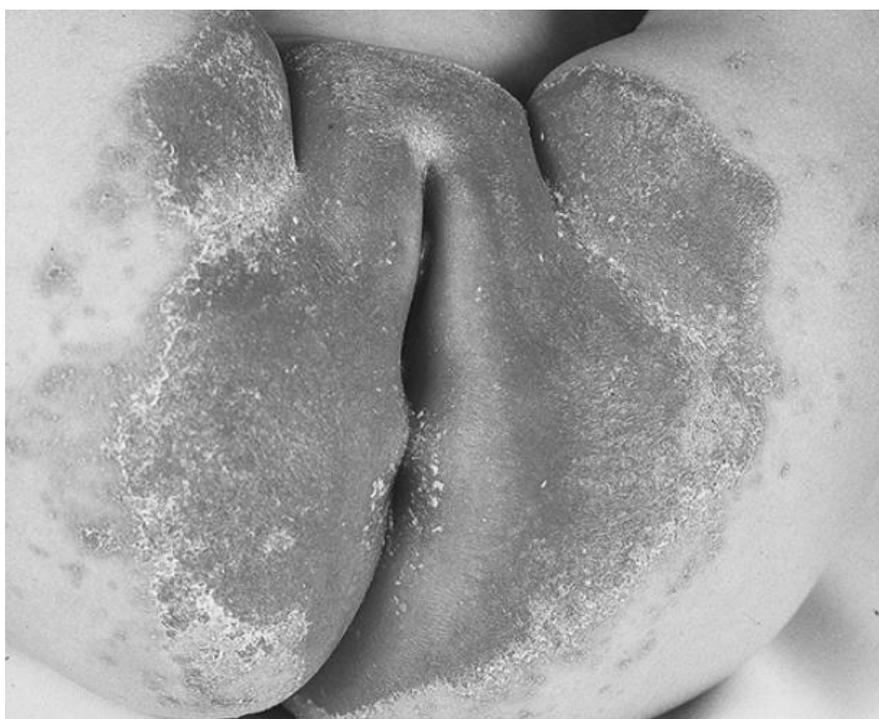
Micose do tronco e dos membros: A lesão inicial da tinha do corpo em geral é uma mácula avermelhada, descamativa e pruriginosa. Após sua evolução aumenta radialmente e ocorre elevação da borda, com isso, há clareamento central, com tendência à cura da região central.^{144,158}

A pitiríase versicolor é uma micose que atinge principalmente as regiões do tronco e do pescoço, mas também pode acometer couro cabeludo e as regiões proximais de membros superiores, e nas crianças tem maior facilidade de acometer a face. As lesões iniciais são únicas, com formato arredondado e pequenas em tamanho, mas apresentam tendência a logo se espalharem, coalescendo, aumentando em tamanho, e ficando mais aparentes. Normalmente as bordas são

irregulares, mas nítidas.^{160,161,162}

O nome versicolor é explicado porque as lesões podem possuir colorações variadas, apresentando então máculas hiper pigmentadas, hipopigmentadas ou até mesmo eritematosas. As lesões hipocrômicas se evidenciam cada vez mais quando o paciente se expõe ao sol, e não possuem a possibilidade de corar como as partes de pele sadia.^{160,161,162}

Figura 19 - Micose das fraldas



Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

Micose das unhas: Unhas com onicomicose comumente apresentam espessamento, perda de brilho e endurecimento, e o paciente passa a apresentar dificuldade para cortar as unhas. Mas também podem existir estrias, mudanças de cores das unhas, e dor ao manipular as unhas, podendo ou não apresentar inflamação do tecido próximo ao leito ungueal. Ademais, é comum encontrar um acúmulo de material amarelado abaixo do leito ungueal.^{144,167,162,163}

Nos pacientes com tinea dos pés, é extremamente comum que haja associação à presença de tinea das unhas.¹⁶²

7.14.4 Exames complementares

Em geral, a anamnese e o exame físico são capazes de direcionar o diagnóstico e o tratamento das micoses e onicomicoses, mesmo sem a confirmação

com exames complementares. O exame micológico direto com solução de hidróxido de potássio é uma ferramenta disponível para se realizar nas lesões com suspeita de micoses.^{167,162,164,165}

Figura 20 - Mucose do tronco



Fonte: Klenk e colaboradores.¹⁶⁰

A cultura é exame com baixa sensibilidade, e alta especificidade, que pode ser realizada em casos que a dúvida seja mantida mesmo com a realização do exame micológico direto, ajudando a esclarecer o diagnóstico.^{144,171}

A lâmpada de Wood é outra ferramenta que está disponível e ajuda no diagnóstico da pitiríase versicolor, que em aproximadamente 1;3 dos casos, as lesões se apresentam de amarelas a verde fluorescente.¹⁶²

O padrão-ouro no diagnóstico da onicomicose é a associação do exame micológico direto associado à cultura. Mas não é mais realizado por conta do custo, sendo suficiente o quadro clínico associado ao exame micológico direto para a realização de tratamento.^{153,167}

7.14.5 Tratamento farmacológico tópico

A primeira escolha para as micoses da pele engloba os tratamentos tópicos disponíveis. E a escolha do agente para tratamento irá levar em conta o custo, a

posologia e a aceitação do paciente ao tratamento. Os azóis são a principal alternativa ao tratamento inicial, são disponíveis, tem baixo custo e alta eficácia. Ademais, a terbinafina e medicações semelhantes também são opção possível de ser usada, com altas taxas de cura.¹⁶¹

Nos casos de tinha inguinal, a terbinafina é a medicação mais utilizada com taxa de cura chegando até 89%.^{157,171}

No caso das micoses nos pés, os azóis apresentam altas taxas de cura, chegando até a 88%, e pelo custo são as mais escolhidas. Podem ser usadas por 2 semanas, mas os resultados são melhores quando o tratamento se estende de 4 a 6 semanas.¹⁷¹

Em pacientes com onicomicoses, ainda não existem evidências que fortaleçam o uso de tratamentos tópicos. Mas existem algumas opções possíveis, tais como a amorolfina, tioconazol, ciclopirox olamina e butenafina, e que hoje já existem em composições tipo esmaltes.^{167,166}

Quadro 41 - Medicamentos tópicos usuais

Medicamentos tópicos usuais			
Fármaco	Apresentação e dosagem	Posologia	Duração do tratamento
Azóis	Contra dermatófitos, <i>Candida</i> e <i>Malassezia</i>		
Cetoconazol	Creme a 2%	1 ou 2x ao dia	11 - 45 dias
	Xampu a 2%	5 minutos, 1x ao dia	1 a 3 dias, para pitíriase versicolor
Miconazol	Creme, loção ou pó para pés a 2%	2 a 3x ao dia	7-10 dias para pregas 2-4 semanas
Clotrimazol	Creme, spray ou pó a 1%	2 a 3x ao dia	1-4 semanas
Econazol	Creme ou loção a 1%	2 a 3x ao dia	2-4 semanas
Isoconazol	Creme, loção ou spray a 1%	1x ao dia	2-4 semanas
Tioconazol	Creme, loção ou pó a 1%	1 ou 2x ao dia	7 dias
	Solução para unhas a 28%	2x ao dia	6 meses
Oxiconazol	Creme e loção a 1%	1x ao dia	Mínimo de 3 semanas

(continua...)

(conclusão...)

Medicamentos tópicos usuais			
Fármaco	Apresentação e dosagem	Posologia	Duração do tratamento
Alilaminas	Contra dermatófitos, <i>Candida</i> e <i>Malassezia</i>		
Terbinafina	Creme, solução tópica ou gel a 1%	1 ou 2x ao dia	1-4 semanas
Naftifina	Creme ou gel a 1%	1 ou 2x ao dia	1-4 semanas
Polienos	Contra <i>Candida</i>		
Nistatina	Crems, soluções e pomadas 100.000UI/mL	2 a 3x ao dia	7-10 dias para pregas
Benzilaminas	Contra dermatófitos e pitíriase versicolor (eficácia incerta contra a <i>Candida</i>)		
Butenafina	Creme a 1%	1 ou 2x ao dia	1-4 semanas
Outros			
Ciclopirox olamina*	Creme ou loção a 1%	2x ao dia	2-4 semanas
	Esmalte a 8%	1x na semana	48 semanas
Tolnaftato**	Crems, gel, pó e soluções tópicas	2 a 3x ao dia	7 dias ou mais
Amorolfina	Creme a 0,25%	1x ao dia	2-3 semanas
	Esmalte a 5%	1x na semana	12 semanas (associada à terbinafina VO) para onicomicoses
		2x na semana	6 meses (isolado)
Sulfeto de selênio	Loção ou xampu a 2,5%	1x ao dia, durante 10 min	7 dias para pitíriase versicolor
*Trata dermatófito e cândida. **Não trata cândida, é menos eficaz do que outras opções, para dermatófito.			

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.14.6 Tratamento farmacológico sistêmico

O tratamento sistêmico é uma opção para tratar regiões com hiperqueratose, como as regiões palmo plantares, situações de imunodepressão, e para pacientes que já fizeram uso de terapia tópica, mas não apresentaram boas respostas, assim

como para pacientes com apresentações extensas ou crônicas.²

Nos casos de pacientes crianças com tinea do couro cabeludo, a opção terapêutica é sistêmica, e os fármacos mais usados, por ter maior segurança são a terbinafina, o fluconazol e a griseofulvina. O cetoconazol e o itraconazol possuem menor segurança e piores resultados.²

Na onicomicose, o tratamento de escolha é sistêmico. E para que seja indicado o tratamento, devemos ter certeza do diagnóstico, e ter certeza do comprometimento do paciente com este, haja visto que é um tratamento longo, com altos custos e pode apresentar alguns efeitos colaterais associados. Em pacientes adultos a escolha é pela terbinafina, e também pode ser feito o uso de itraconazol, entretanto, com maior tempo de uso para resultado efetivo.^{167,163,162,167}

Nas crianças com onicomicose, a melhor opção se faz na griseofulvina, pois é bem tolerada. Mas outras opções também podem ser usadas tais como cetoconazol, itraconazol, terbinafina e fluconazol.²

Quadro 42 - Medicamentos, via oral, mais usados

Medicamentos, via oral, mais usados			
Fármaco	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento
Azois	Contra dermatófitos, <i>Candida</i> e <i>Malassezia</i>		
Imidazóis			
Cetoconazol	Comprimido 200 mg	1 vez ao dia	14-45 dias para onicomicose 7 dias para pitíriase versicolor
Triazóis			
Fluconazol	Cápsulas 50 e 100 mg	1 vez ao dia	5-20 dias para micoses
	Cápsulas 150 mg	1 vez ao dia	2-6 semanas para micoses
	Solução VO, com 50 e 200 mg/5 mL para crianças	8mg/kg/sem 2-5 mg/kg/dia	4 semanas para tinea do couro cabeludo
Itraconazol	Solução VO 10 mg/mL para crianças	5 mg/kg/dia	Por 4 semanas 1sem/mês (5mg/kg/dia) por 3 meses
	100 mg	1 vez ao dia	7-15 dias para micoses
	100 mg	2 comprimidos, 1 vez ao dia	12 semanas para onicomicoses

	100 mg	2 comprimidos, 2 vezes ao dia	Somente na 1 a e 5 a semanas, para onicomicoses
	100 mg	2 vezes ao dia	5 dias para pitíriase versicolor
Alilaminas	Contra dermatófitos (eficácia contra candidíase cutânea é questionável)		
Terbinafina	Comprimidos 125 ou 250 mg	Por peso corporal: 10-20 kg: 62,5 mg/dia 20-40 kg: 125 mg/dia > 40 kg: 250 mg/dia	2-4 semanas em crianças 4-12 semanas para tinha do couro cabeludo em adulto 12-16 semanas para onicomicose
Outros	Contra dermatófitos (principalmente tinha do couro cabeludo)		
Griseofulvina	Comprimidos 500 mg	2 comprimidos 1 vez ao dia 20-30 mg/kg/dia	30-45 dias

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.14.7 Tratamento não farmacológico

As medidas não farmacológicas são de grande importância para o controle da infecção e para prevenir as recidivas. Deve ser orientado o uso de sapatos arejados, meias e roupas íntimas sempre devem estar limpas e secas, além de talcos absorventes. O local acometido deve ser sempre mantido seco e limpo.²

Nas lesões de dobras, é recomendado, que após um curso de tratamento tópico adequado, seja feito o uso de agentes secantes, como talcos, que podem estar associados a antifúngicos e antissépticos.²

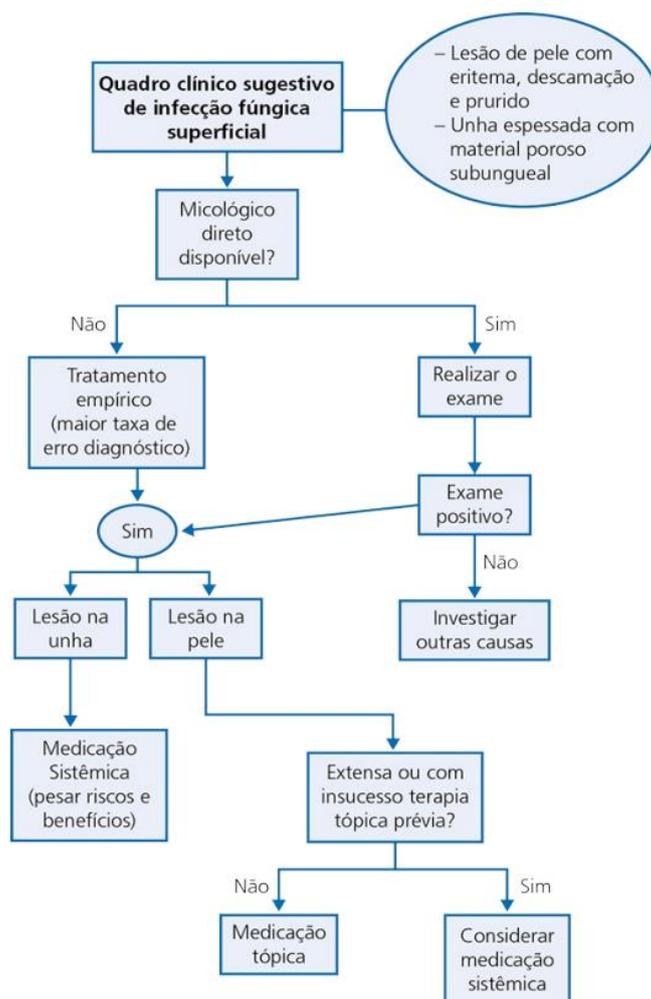
Nos casos de onicomicose, ainda não existem estudos claros que indiquem a retirada da unha. Inclusive, na atualidade, é contraindicada justamente pelo risco de complicações, como as infecções secundárias. O ideal é sempre manter a unha curta e limpa.²

Efeitos colaterais e contraindicações do tratamento farmacológico

São raras as reações adversas aos antifúngicos tópicos, e quando acontecem incluem sensação de queimação na pele, irritação, eritema e prurido.²

No tratamento sistêmico os efeitos colaterais podem incluir náuseas e vômitos, cefaleia, *rash* cutâneo, entretanto, o cetoconazol tem potencial de gerar lesão potencialmente grave no fígado. Os azóis e a griseofulvina podem causar efeitos como taquicardia, congestão, e mal estar, mas só ocorrem quando há o uso concomitante com bebidas alcólicas.¹⁵⁵

Fluxograma 10 - Quadro clínico sugestivo de infecção fúngica superficial



Fonte: Gusso e colaboradores.²

No tratamento das onicomicoses, os efeitos colaterais graves, tais como falência hepática, estiveram presentes em menos de 1% dos casos de tratamento, as transaminases podem se elevar moderadamente, mas sem fazer sintomas. Alguns dos especialistas indicam que seja realizado o monitoramento da função hepática a cada 1 ou 2 meses, em adultos, e a cada 2 meses nos pacientes infantis.^{153,167,155}

A terapia via oral não é indicada em pacientes que já tenham insuficiência hepática prévia.²

7.14.8 Quando encaminhar para o especialista focal

As falhas terapêuticas quando seguidas devem ser analisadas com cuidado e podem ser referenciadas ao especialista. A disseminação dos fungos de maneira sistêmica é rara, mas pode ocorrer em pacientes com alterações da imunidade, ou seja, imunossupressão, seja essa causada por motivos primários ou adquiridos.²

Casos com falhas repetidas ao tratamento merecem avaliação mais cuidadosa, e com certeza devem ser encaminhados ao especialista.²

7.14.9 Atividades preventivas e de educação

É necessário ensinar aos pacientes sobre a necessidade de realizar uma higiene adequada e secagem correta do corpo, com atenção especial para as áreas interdigitais, de dobras e periungueais, para prevenção de micoses. Outra importante informação diz respeito aos locais que devem ser hidratados e locais que devemos evitar o uso de hidratantes e óleos corporais por conta da oleosidade e transpiração próprias da pele. Tais orientações podem ser repassadas em grupos de pacientes e também de maneira direcionada nas consultas.²

7.15 Psoríase

7.15.1 Definição

A psoríase é uma doença crônica que acomete a pele e seus anexos, se caracteriza por inflamação das células da epiderme, e provoca proliferação acelerada dessas. Já se sabe que a predisposição genética interfere no surgimento da doença. A psoríase tem prevalência de 0,9 a 8,5% nos adultos e de 0 a 2,1% em crianças. Ocorre a presença de lesões eritematodescamativas, e placas que confluem de coloração branco-acinzentada. Podem surgir pelo corpo todo, mas podem ser mais comuns no couro cabeludo, e regiões como joelhos e cotovelos. Ademais, existem outras formas de apresentação da doença. Em geral, os pacientes buscam o atendimento por conta de queixas estéticas decorrentes do surgimento das lesões, mas também se queixam do prurido e da dor que essas lesões podem provocar. O tratamento, em geral, irá depender da apresentação clínica.^{168,169,170,171}

O médico de família e comunidade deve estar preparado, e dispor de conhecimento para ser capaz de reconhecer e tratar as formas leves e moderadas de psoríase, conhecendo sobre os casos graves e sabendo encaminhar no momento adequado ao dermatologista.²

7.15.2 Apresentação clínica

A psoríase é uma doença crônica, sem cura, mas se apresenta com ciclos de exacerbações e acalmia ou remissão. Alguns pacientes possuem potencial para

apresentar a psoríase e quando ocorre a combinação com fatores genéticos e ambientais, tal como estresse, e questões emocionais, pode ocorrer a precipitação da psoríase. As situações ambientais também se mostram capazes de alterar a apresentação no decorrer da doença.^{2,170}

Clinicamente, as lesões da psoríase se mostram como pápulas avermelhadas e que descamam, que se agregam, tendendo a formação de placas ovais ou redondas. Ao retirar as escamas, é comum ocorrer o surgimento de pontos de sangramento, que é conhecido por sinal de Auspitz ou da vela.^{2,170}

É mais comum o aparecimento da doença em regiões flexoras, como joelhos e cotovelos, e a maioria dos pacientes terá uma doença mais localizada. Assim, nas áreas que estão expostas a mais atrito, é comum que as escamas se desprendam, e a apresentação vai ser através da observação de placas avermelhadas e lisas.^{2,172}

7.15.3 Anamnese

A história do paciente e das lesões de pele deve incluir a evolução dessas, período de início, características das lesões do começo, evolução dessas, sintomas associados como calor, prurido e dor. É importante saber sobre a história familiar, social e história pregressa de tratamentos. É necessário abordar as questões emocionais e estresses na consulta, haja visto que muitas das lesões cutâneas são desencadeadas em decorrência dessas. Por fim, é importante questionar sobre uso de medicamentos, pois alguns podem exacerbar ou precipitar o surgimento da doença.^{168,170,171,187}

7.15.4 Exame físico

Quadro 43 - Recursos semióticos complementares para o diagnóstico da psoríase

Recursos semióticos complementares para diagnóstico de psoríase
Curetagem metódica de Brocq: destaca-se delicadamente uma placa psoriática, observando-se o desprendimento de escamas, como uma vela raspada (sinal da vela)
Fenômeno isomórfico de Köebner: reprodução de lesões semelhantes às originais, em locais que sofreram trauma (picada, prurido). Além da psoríase, o fenômeno pode existir em verrugas, molusco contagioso e líquen plano
Sinal do orvalho sanguíneo ou de Auspitz: pontilhado hemorrágico típico que surge quando uma placa psoriática é destacada. Não é patognomônico de psoríase

Fonte: Gusso e colaboradores.²

A psoríase, na maioria das vezes pode ser diagnosticada clinicamente, considerando a apresentação das lesões. Ao examinar o paciente deve ser feita avaliação detalhada da pele e fâneros. As lesões podem ser descritas por pápulas

vermelhas e descamativas, coalescentes, que formam placas arredondadas, com bordas bem delimitadas e separadas da pele sadia que circundam as lesões. Quando mesmo após a anamnese e exame físico restam dúvidas, existem recursos que podem ajudar, e estão descritos abaixo.^{170,171}

7.15.5 Variações da psoríase

A psoríase cônica, ou vulgar se caracteriza por formação de placas crônicas, com delimitação de bordas, que podem ser localizadas a uma área do corpo ou ainda espalhadas por todo o corpo. É a apresentação clínica mais comum. Pode haver a união de várias pápulas avermelhadas e descamativas, formando grandes placas.^{2,168,171}

A psoríase gutata se apresenta como pápulas descamativas com aparecimento súbito no tronco, ou nas extremidades, e não inclui lesões em palmas e plantas. Normalmente aparece após infecção estreptocócica de faringe ou ainda infecção viral de vias aéreas. Tem resposta boa com o tratamento, com possibilidade de regressão com o início do mesmo, ou ainda pode regredir de forma espontânea, após semanas ou meses.^{2,168,171}

A psoríase pustulosa generalizada se trata de uma apresentação rara, mas que pode se tornar extremamente grave e levar a morte. Aparece de modo súbito, com eritema em regiões flexoras, e pústulas múltiplas, que podem coalescer e formar grandes pústulas, com o rompimento dessas o paciente pode se apresentar com quadro grave, febril e de sepse. Tais pacientes merecem atendimento no setor de urgência e emergência.^{2,168,171}

A psoríase eritrodérmica também é um caso grave que pode levar o paciente a quadro de instabilidade. Como fator precipitante dessa apresentação estão o uso excessivo de corticoides tópicos e a administração de corticoides sistêmicos. O paciente deve ficar mantido restrito em repouso no leito, protegido de luz ultravioleta, sendo realizados banhos de aveia colonial e compressas de Burow, uso de hidratantes do tipo emoliente, aumento da ingestão de líquidos e proteínas, para evitar a desidratação e a desnutrição. Ademais podem ser usados anti-histamínicos para controle do prurido, e nos pacientes graves deve ser feita a hospitalização.^{2,168,171}

A psoríase do couro cabeludo é uma das apresentações mais comuns, e pode ser o único local afetado, é comum a apresentação de escamas aderidas e densas

podendo recobrir todo o couro cabeludo. E mesmo nos quadros mais graves não é frequente haver queda de cabelo de maneira permanente.^{2,168,171}

Na psoríase das unhas, em geral, ocorre a descamação da placa ungueal, com surgimento de depressões nas unhas, pode também ocorrer a lesão em mancha de óleo, caracterizada por ser uma mancha com tonalidades amarelas e avermelhadas, sob a placa ungueal, e se explica por conta do acúmulo de células e soro. Ademais pode ocorrer o descolamento da unha de maneira irregular e deformidades importantes das unhas, com comprometimento da matriz ungueal, podendo causar esfacelamento das mesmas.^{2,168,171}

Outra apresentação da psoríase é a artrite psoriática, que é uma forma de artrite que tem fator reumatoide negativo, na maioria dos casos. Pode surgir, antes, durante ou depois do surgimento das lesões de pele. Em geral, predomina em pacientes com doença grave. É comum apresentar remissão nas pacientes que engravidam. A grande complicação que pode ocorrer é a deformidade das articulações, mesmo durante o curso do tratamento.^{2,168,171}

Quadro 44 - Apresentações clínicas da psoríase

Apresentações clínicas da psoríase (morfologia e localização)	
Variações na morfologia da psoríase	Variações na localização da psoríase
Psoríase crônica em placa	Psoríase de couro cabeludo
Psoríase gutata (psoríase eruptiva aguda)	Psoríase das palmas e das plantas
Psoríase pustulosa	Psoríase pustulosa dos dedos
Psoríase eritrodérmica (psoríase disseminada)	Psoríase pustulosa das palmas e das plantas
Psoríase sensível à luz	Psoríase inversa (psoríase das áreas flexoras)
Psoríase induzida pelo HIV	Psoríase de genitálias
Ceratodermia blenorrágica (síndrome de Reiter)	Psoríase das unhas
	Artrite psoriática

Fonte: Gusso e colaboradores.²

7.15.6 Tratamento tópico

Aproximadamente 1/3 dos pacientes com psoríase apresenta doença localizada, com acometimento de menos de 1/5 da área da superfície da pele. Tais paciente como primeira escolha de tratamento tem como opção o uso de corticoides tópicos, entretanto naqueles que apresentarem falha terapêutica, ou surgimento de recidivas em intervalos pequenos de tempo, a opção de tratamento sistêmico deve ser considerada.^{172,174}

Uma das medidas cruciais no tratamento é a hidratação da pele, e ademais, o tratamento deve diminuir a hiperproliferação da pele, reduzindo a inflamação e

resposta imune contra o próprio paciente, visando reduzir os sintomas e melhorar a aparência das lesões.^{172,174,175}

É necessário haver acompanhamento de psicoterapia individual ou em grupo, pois os pacientes expostos a estresse emocional em geral apresentam com mais frequência a exacerbação da doença.^{172,174}

Naqueles pacientes com acometimento de mais de 20% da superfície de pele do corpo se faz necessário tratamento mais complexo e com necessidade de referenciamento ao dermatologista.^{172,174}

A terapia será escolhida com base no paciente que estamos tratando, pensando em gravidade da apresentação, comorbidades existentes, custo, eficácia, e demais fatores individuais. Na maioria dos pacientes, a maior dificuldade é decidir por iniciar a terapia tópica ou já lançar mão de terapia sistêmica. E mesmo naqueles pacientes que façam uso da terapia sistêmica, a terapia tópica pode se fazer necessária ajudando a aliviar alívio dos sintomas.^{172,174,175}

Quando se fala em tratamento tópico, o maior problema ao sucesso do tratamento pode ser a adesão do paciente, e o acompanhamento breve pode ajudar o paciente a manter o seguimento e uso correto da medicação.^{174,172,176}

A hidratação e o uso de emolientes são extremamente necessários para o tratamento da psoríase, a manutenção da pele hidratada, úmida e macia ajuda a reduzir os sintomas de calor e prurido. Ademais, uma pele bem hidratada ajuda na prevenção da ocorrência do Fenômeno de Köebner. As opções mais eficazes incluem cremes e vaselina, que devem ser aplicados logo após o banho.^{172,174,175}

Os corticoides tópicos são a principal opção terapêutica, por apresentarem ação anti-inflamatória, imunossupressora e antiproliferativa. As apresentações de corticoides tópicos são as mais diversas, pomadas, géis, loções, cremes, curativos e aerossóis.^{172,174}

A escolha do corticoide deve levar em conta sua potência, o tipo de pele, a espessura, e também o tipo de psoríase. Quando a apresentação é no couro cabeludo e canal auditivo, os corticoides indicados são aqueles em solução ou veículo de espuma, também podendo ser usados em xampu ou spray. Quando no rosto e nas áreas de grandes dobras, a indicação é do creme de baixa potência, já nas regiões de pele mais grossas, como as regiões extensoras, é comum que sejam necessárias as apresentações mais potentes.^{172,174}

A posologia é de aplicação duas vezes ao dia, e a grande maioria dos pacientes irá demonstrar uma diminuição importante da inflamação de maneira rápida, mas não se pode garantir a total normalização da pele ou remissão duradoura dos sintomas. A manutenção do uso do corticoide pode ser feita enquanto houverem lesões ativas espessas, e a atrofia da pele pode ser um problema se mesmo com a melhora da pele o corticoide continuar a ser aplicado.^{172,174}

De fato, os corticoides tópicos se caracterizam como a primeira escolha no tratamento de psoríase leve e limitada. Se mostram benéficos e eficazes inclusive contra o prurido. Como vantagem apresentam a facilidade de uso, boa aceitação dos pacientes, ajudam na adesão ao tratamento. Os efeitos adversos mais comuns de pele são a atrofia da pele, estrias, purpuras, telangiectasias, dermatites, Hipertricose erupções semelhantes a acne, entre outras. Esses nunca devem ser usados por períodos maiores que 6 semanas continuamente.^{172,174}

Como opção tópica existem disponíveis os análogos da vitamina D, calcipotriol e calcitriol, e agem através da imunomodulação. No Brasil está disponível o calcitriol 3g/g, que pode ser usado duas vezes ao dia, até que se obtenha a remissão das lesões.^{172,174}

Existem também outras opções disponíveis no Brasil, mas que não são amplamente usadas como os corticoides, como o alcatrão, a antralina e o tazaroteno.^{172,174}

7.15.7 Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico é indicado naqueles pacientes com doença grave, ou ainda incapacitante, como as formas da psoríase exfoliativa generalizada, pustular generalizada, artropatia psoriática severa, e naqueles casos de pacientes que a doença incapacita socialmente, além da psoríase gutata pelo risco de cronicidade da mesma. Pacientes com tais apresentações, em geral, tem indicação de encaminhamento ao especialista, seja pela dificuldade de controlar a doença, pelo risco dos efeitos adversos e pelo alto custo das medicações disponíveis.^{169,171,176}

O metotrexate é uma opção disponível, porém apresenta uma gama de efeitos adversos sérios, associados a toxicidade hepática, renal e da medula óssea.^{169,176,177,178}

A fototerapia pode ser indicada nos casos de psoríase moderada a severa quando não há resposta ao tratamento tópico isolado, e sua aplicação, consegue potencializar o efeito das medicações tópicas. Seu uso deve ser indicado em pulsos, e jamais prolongado, principalmente pelo risco de câncer de pele.^{169,176,178}

Existe também a possibilidade do uso de retinoides sistêmicos, como a acitretina, e a possibilidade do uso da ciclosporina, com a indicação correta, e como prescrição por dermatologistas para adequado acompanhamento e monitorização.
^{169,176,178}

7.15.8 Tratamento com agentes biológicos

São diversos os agentes que estão em estudo atualmente, e a grande vantagem é que eles realizam ligações seletivas no sistema imune, e por isso, geram menor perfil de efeitos adversos. Em geral, são formados por proteínas, que são criadas através da técnica do DNA recombinante. São usados pelos especialistas, precisam da expertise para seu manejo. Entre as opções temos o etanercept, o infliximab, o alefacept, efalizumab.^{169,176,178}

7.15.9 Atividades preventivas e de educação

Os pacientes podem ter tendência a isolamento, levando a solidão, e até mesmo a depressão. As visitas médicas podem ter ajuda, detalhar a terapia e o ajudar no apoio psicológico. A ênfase deve ser relacionada ao tratamento como meio para controlar a doença, sabendo que recorrências fazem parte do curso da mesma, e deixando claro que não há expectativa de cura.^{2,173,179}

Ademais, o acompanhamento com psicologistas se faz fundamental, e irão ajudar na aceitação, e entendimento, facilitando que o paciente tenha foco nas medidas preventivas, evitando o estresse.^{2,173,179}

7.15.10 Quando encaminhar para o especialista focal

O encaminhamento ao dermatologista deve ser pensado sempre que a resposta ao tratamento instituído e disponível na atenção primária a saúde não é adequada, na visão do médico assistente e/ou do paciente. Outro indicativo para o encaminhamento é quando a doença causa grande impacto na qualidade de vida do paciente, seja por ser generalizada ou por conta das repercussões estéticas. Por fim

quando não está disponível e o médico da atenção primária não tem prática com as outras modalidades de tratamento disponíveis. Ademais, naqueles pacientes com clínica compatível com a artrite psoriática, uma avaliação realizada por reumatologista se faz necessária.^{2,173}

7.16 Manifestações cutâneas das doenças sistêmicas

7.16.1 Classificação

Existe uma grande possibilidade de problemas de saúde que podem manifestar alterações de pele das mais diferenciadas. Dentre estas estão doenças autoimunes, doenças cardiovasculares, hepáticas, renais, endócrinas, uso de medicamentos, neoplasias. Desse modo, o médico de família e comunidade precisa estar atento para essas alterações e o que podem representar.²

7.16.2 Manifestações cutâneas reveladoras de neoplasias

As manifestações para neoplásicas podem ocorrer em 1 a 7% das neoplasias, e podem ser definidas como alterações clínicas, hormonais, hematológicas, bioquímicas, neurológicas e até mesmo dermatológicas que surgem relacionadas ao câncer, mas que não se associam a metástases e nem invasão pelo tumor primário.

Já existe a comprovação que mais de 50 alterações de pele podem se relacionar a cânceres, e desse modo, ao reconhecer uma dessas alterações, é necessário que se realize pesquisa e diagnóstico da doença, propiciando um tratamento precoce.^{2,180,181}

Acantose nigricante maligna: em geral ocorre associada a 90% dos cânceres abdominais, mais comumente ao adenocarcinoma gástrico, podendo estar associado a carcinoma de ovário, endométrio, mama, colo uterino, tireoide, pulmão, pâncreas, rim, fígado, testículo, próstata e esôfago. Essa alteração cutânea se caracteriza por surgimento de modo súbito de pele espessada, aveludada, hipercromica, extensa, simétrica, com rápida evolução, tem preferência por atingir áreas de intertrigos, axilas, fossas cubitais, região inguinal, mama e cervical posterior.^{144,181,182}

Eritema necrolítico migratório: se trata de uma alteração dermatológica caracterizada por eritema maculopapular, com bordas irregulares, mais comum em áreas de joelhos ou de intertrigos. É associado com frequência a um tumor endócrino raro, o glucagonoma, e surge nas células alfancreáticas. O tripé que sugere

fortemente o diagnóstico desse tumor endócrino inclui o eritema necrolítico migratório, hiperglucagonemia e intolerância a glicose, além desses, é comum que o paciente apresente perda ponderal associada, em pelo menos 70% dos casos. E o diagnóstico pode ser feito com a dosagem do glucagon, exames de imagem, biópsias de pele e do tumor.^{144,181,182}

Erythema gyratum repens: é uma alteração de pele composta por erupções disseminadas eritematoescamosas, policíclicas, serpiginosas, migratórias que apresentam prurido, formam desenhos bizarros semelhantes a nervuras de folhas e arabescos. E na maioria dos casos, estão relacionados principalmente a tumores broncopulmonares, em 40% dos casos, seguidos de mama em 8% dos casos, e tumores de esôfago em 6% dos casos.^{144,181,182}

Hipertricose lanuginosa adquirida: se trata do aumento de pelos de maneira excessiva, em geral, são pelos macios e finos, chamados de lanugem, com ocorrência principal na face, e que em metade dos casos se associa ao surgimento de glossite dolorosa. É comumente encontrada em associação ao câncer de colorretal e pulmonar. Em geral, devem ser descartadas as causas metabólicas, e o uso de medicamentos.^{144,181,182}

Pênfigo para neoplásico: normalmente composto por quadro de estomatite intratável e extremamente dolorosa, além de lesões de pele polimórficas similares ao pênfigo vulgar. Em praticamente todos os casos ocorre a alteração das mucosas, podendo ser oral, faríngea, laríngea e ainda vulvar. São muito associadas a neoplasias de origem hematológica.^{144,181,182}

Sinal de Leser-Trélat: é composto pelo aparecimento de repentino de ceratoses seborreicas, acompanhadas de prurido, com aumento exponencial em número e tamanho, localizados no tronco, na maioria dos casos. Em metade dos casos está associado a neoplasias como adenocarcinomas, principalmente do trato gastrointestinal em 32% dos casos, e em 1/5 dos casos associado a neoplasias hematológicas.^{144,196,182}

Síndrome de Bazex: se caracteriza por erupções com forma semelhante a psoríase, com aparecimento na ponte nasal, hélice das orelhas, região distal dos membros, onicodistrofia simétrica e ceratose palmo plantar. Em geral, associada ao trato respiratório superior, e cavidade oral.^{144,196,182}

7.16.3 Alterações cutâneas no diabetes melito

Infecções cutâneas: o diabetes favorece uma alteração na função dos leucócitos, fazendo redução da capacidade de quimiotaxia dos leucócitos e da fagocitose, entre outras funções imunes, alterando, portanto, a resposta imunológica, e contribuindo na evolução das infecções, dificultando sua cura e resolução.¹⁸³

As infecções geradas por bactérias, como causadoras mais comuns tem o *Staphylococcus* sp. e a *Pseudomonas* sp., podem se apresentar como furúnculos, abscessos, erisipela, fascite necrosante e otite externa maligna.²

As infecções causadas por fungos mais frequentes envolvem a cândida, podendo se apresentar nas unhas, ou como queilite angular, ou ainda a candidíase vulvovaginal ou balanoprepucial.^{2,144,182,184}

O tratamento das infecções cutâneas, sejam elas bacterianas ou fúngicas no idoso é igual ao tratamento da população geral, porém a tendência é de progressão mais rápida da doença.²

Dermopatia diabética: se define pelo surgimento de manchas acastanhadas com formas irregulares, com 1 a 2 cm, superfície deprimida e sem sintomas associados. Se distribui bilateralmente nos membros inferiores, em especial na região pré-tibial. As lesões costumam se resolver em 12 a 18 meses, mas enquanto algumas lesões surgem, outras se resolvem, e assim podemos encontrar lesões em diversos estágios de evolução. Há conhecimento da correlação dessa lesão cutânea com a nefropatia, neuropatia e a retinopatia diabéticas, podendo assim ser um marcador de alteração micro angiopática em outros sítios. Não existe um tratamento específico para a dermopatia diabética, e o controle do diabetes não parece ter influência no surgimento do quadro ou controle, e de modo independente disso, o cuidado com a pele e a hidratação desta devem ser estimulados.^{144,196,182}

Necrobiose lipoídica: se trata de uma alteração crônica da pele, que ocorre por degeneração do colágeno, com depósito posterior de lipídeos, que como causa mais provável tem uma vasculite causada por imunocomplexos. A lesão começa por um nódulo eritematoso, com progressão para uma placa achatada, de contornos irregulares, que pode apresentar atrofia central e telangiectasias. Não é restrita aos pacientes diabéticos, mas em torno de 90% dos pacientes que não possuem diabetes, mas apresentam história familiar de diabetes, ou ainda terão algum grau de resistência

a insulina. As tentativas de tratamento são diversas, mas com resultado limitado e variável, cabe aqui compartilhar o caso com um especialista.^{144,196,182}

7.16.4 Eritema nodoso como manifestação de doença sistêmica

O eritema nodoso se caracteriza como uma inflamação do tecido subcutâneo, ou seja, uma paniculite, e apresenta uma hipersensibilidade a estímulos bacterianos, virais, químicos e se apresenta como uma hipersensibilidade tardia. Tem um quadro clínico que começa com febre e artralgia, além do surgimento de erupções cutâneas em forma de nódulos, que são mais palpáveis que visíveis, podendo ser acompanhada de dor, com apresentação principalmente na face extensora dos membros inferiores. Em grande parte das vezes tem causa idiopática, mas também pode ser desencadeado através de infecções pelo estreptococo, tuberculose, hanseníase, e uso de alguns medicamentos, dentre outras situações clínicas. O diagnóstico se baseia principalmente na história clínica, exame físico e biópsia da lesão, os exames devem ser considerados a depender dos fatores destacados na história e não devem ser feitos iguais para todos, mas sim com direcionamento. O tratamento deve ser da causa desencadeante, e devem ser dadas medidas de suporte clínico, além de repouso.^{144,182}

7.16.5 Manifestações cutâneas no vírus da imunodeficiência humana

Durante a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, HIV, a pele é um dos órgãos mais acometidos, e os distúrbios da pele podem ser indicadores de pacientes com fase de imunossupressão. E de 80 a 95% dos pacientes com infecção pelo HIV no decorrer da doença terão alguma manifestação cutânea. Em geral, quando ocorrem tendem a ser mais agressivas, com refratariedade ao tratamento, e com apresentação atípica. No quadro abaixo estão listadas alterações de pele que podem estar relacionadas a infecção pelo HIV.^{144,182}

Além de indicarem a infecção pelo HIV, também podem revelar o grau de acometimento do estado imunológico do paciente e evolução da doença, com a possibilidade de correlacionar essas manifestações a contagem de linfócitos CD4. No quadro abaixo estão algumas das alterações relacionadas aos níveis de linfócitos CD4.²

Exantema da síndrome retroviral aguda: descrito por quadro de exantema, febre e adenomegalia, que normalmente, aparecem de 1 a 3 semanas após o contágio pelo HIV. A preferência é por acometimento de região de membros superiores e região superior do tronco.^{2,185}

Quadro 45 - Probabilidade de infecção pelo vírus do HIV associada a manifestações cutâneas

Probabilidade de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana associada a manifestações cutâneas	
Dermatoses altamente indicativas de infecção pelo HIV	Exantema da síndrome retroviral aguda, foliculite eosinofílica, leucoplasia pilosa oral, molusco contagioso em face de adultos, onicomicose ungueal proximal, sarcoma de Kaposi, úlceras herpéticas persistentes
Dermatoses fortemente associadas à infecção pelo HIV	Candidíase orofaríngea, candidíase vulvovaginal recorrente, IST, herpes-zoster
Dermatoses que podem estar associadas à infecção pelo HIV	Dermatite seborreica extensa e refratária à terapêutica, linfadenopatia generalizada, úlceras aftosas orais
IST, infecção sexualmente transmissível; HIV, vírus da imunodeficiência humana	

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Quadro 46 - Grau de imunossupressão em pessoas infectadas pelo HIV e manifestações cutâneas

Grau de imunossupressão em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana e manifestações cutâneas comuns	
Linfócitos T CD4+ < 500	Angiomatose bacilar.
Linfócitos T CD4+ < 200	Candidíase, dermatite atópica, dermatite seborreica, foliculite eosinofílica, HPV, ictiose adquirida, mononucleose, sarcoma de Kaposi, tuberculose, xerose
Linfócitos T CD4+ < 100	Infecção por CMV, histoplasmose, molusco contagioso, paracoccidiodomicose
Linfócitos T CD4+ < 50	Criptococose, herpes-zoster, infecção por micobactéria atípica, erupção pápulo-prurítica
CMV, citomegalovírus; HPV, papilomavírus humano	

Fonte: Gusso G e colaboradores.²

Leucoplasia pilosa oral: definido por surgimento de placas brancas com formação de faixas confluentes, que atingem as bordas laterais da língua, podendo ser diagnosticada através da clínica e avaliação histopatológica, não causa desconfortos ao paciente, não sendo necessário tratamento, mas podem ser usados antifúngicos orais, e aciclovir via oral, sempre com risco de reaparecimento do quadro.^{2,185}

Onicomicose ungueal proximal: situação comum nos pacientes que já estão em fase da síndrome da imunodeficiência adquirida, Aids, e extremamente rara nos pacientes sadios, o tratamento consiste no uso de imidazólicos.^{2,185}

Úlceras aftosas orais: ocorrem com grande frequência, e pode ser necessário o exame histopatológico para diferenciar entre neoplasias, criptococose e Histoplasmose. O tratamento se baseia no uso tópico de corticoides, bochechos com

tetraciclina, e corticoides, e nos casos que há grande extensão pode ser realizado o uso da talidomida.^{2,185}

Erupção pápulo-prurítica do HIV: é determinado por prurido crônico e erupção cutânea com número elevado de pápulas simétricas, com localização no tronco e extremidades. O início em geral se dá por lesões eritematosas, e podem ser observadas pequenas pústulas sobre pápulas. É comum encontrar lesões em diferentes estádios de evolução em um paciente, e o aparecimento de novas lesões pode ocorrer todos os dias, e desse modo, podemos encontrar pápulas, pústulas, lesões hipercrômicas pós inflamatórias, lesões nodulares, lesões liquenificadas, e cicatriciais. O tratamento é desafiador, pois o prurido é intenso e a depender do paciente tem resposta variável, em geral, podem ser usados anti-histamínicos combinados aos corticoides orais, emolientes, e ainda tacrolimus.^{2,185}

Foliculite eosinofílica: lesões semelhantes as descritas nas pápulo-pruríticas, porem com a diferença de que as lesões são mais edematosas, com menor frequência pode ocorrer o surgimento de pústulas. O tratamento pode ser realizado com corticoides tópicos potentes, ou orais, anti-histamínicos, entre outras possibilidades.^{2,185}

Sarcoma de Kaposi associado ao HIV: é o câncer mais comum nos pacientes infectados pelo HIV. O sarcoma de Kaposi é um raro câncer do tecido conjuntivo.^{2,185}

7.16.6 Prurido secundário a doenças sistêmicas

É queixa extremamente comum, e a inexistência de causa primária pode levar o médico de família de família e comunidade a pensar em causas sistêmicas. As estatísticas variam, mas as doenças sistêmicas podem ser etiologia do prurido em 10 a 50% dos casos nos pacientes que buscam atendimento por essa queixa.^{1,6,11}

Renal: de 25 a 75% dos pacientes que fazem hemodiálise podem vir a apresentar prurido, e mesmo nos pacientes que não apresentam doença avançada essa queixa pode estar presente.^{1,6,11}

Hepatobiliar: os pacientes com apresentação de colestase variam com a causa do problema, e podem acometer até 60% das pessoas com cirrose biliar primária, mas não é exclusividade, e pode também estar presente em pacientes com hepatite B, C e autoimune, cirrose alcoólica, colangites e câncer.^{182,185,201}

Hematológicos: a deficiência de ferro, e a anemia podem cursar com prurido, que tende a desaparecer ao realizar a reposição de ferro. Ademais, outras alterações podem ocasionar prurido, como a hemocromatose, Policitemia vera, e neoplasias, e até mesmo pacientes receptores da medula óssea.^{182,185,201}

Endócrino: os mais diversos problemas endócrinos podem ocasionar prurido, pacientes com diabetes melito podem se queixar de prurido em diversas localizações do corpo, podendo ou não ser secundário à candidíase, à neuropatia, à pele ressecada ou ainda ao efeito adverso de medicações. Ademais, as afecções da tireoide e paratireoides podem ocasionar prurido, sem explicação da causa, e mulheres no período perimenopausal podem ter queixa de prurido em região vulvar.^{182,185,186}

Neurológico: o prurido é queixa que pode estar presente em pacientes com alterações neurológicas tanto periféricas quanto centrais, incluindo acidente vascular encefálico, esclerose múltipla, neuropatias periféricas, compressões neurais e neoplasias.^{182,185,186}

7.16.7 Erros mais comuns na abordagem ao prurido

É um erro frequente não considerar que as doenças sistêmicas possam ter como manifestação o prurido, e não considerar avaliações mais aprofundadas, tais como biópsias, e tratar o sintoma de modo indefinido sem buscar esclarecer a causa.²

7.16.8 Prognóstico e complicações possíveis

O prognóstico irá depender da doença sistêmica, e cada caso terá um prognóstico diferente, a função deste capítulo é apresentar apenas um breve resumo dos problemas cutâneos advindos das doenças sistêmicas.²

7.16.9 O papel da equipe multiprofissional e as atividades preventivas e de educação

Toda a equipe de saúde deve estar atenta a lesões de pele nos pacientes e sempre que presentes encaminhar os pacientes para que o médico de família e comunidade possa avaliá-las e prestar esclarecimentos. Abordar o paciente com base no método clínico centrado na pessoa é fundamental, levando em consideração seus sentimentos e ideias relacionadas sobre o problema, propondo ações que ajudem no

manejo da condição, que pode ser crônica, impactando na qualidade de vida do paciente.²

7.17 Cuidados Dermatológicos com as ostomias

7.17.1 Definição e classificação

As ostomias são aberturas feitas de modo cirúrgico, com a função de realizar uma nova rota, colocada no abdome, para que ocorra a saída de fezes ou urina, nesses casos, o paciente perde o controle da liberação dessas funções, ou ainda para que ocorra a entrada de alimentos. A depender do local e da função da ostomia os cuidados podem ser diferentes. Normalmente são motivadas por processos obstrutivos que podem ou não estar relacionados a neoplasias ou obstruções mecânicas por outros motivos.^{187,188}

Existem diversos tipos de ostomias, a colostomia quando a abertura é realizada no intestino grosso, a ileostomia quando colocada no intestino delgado. A depender da localização, a frequência de saída das fezes e a consistência dessas pode alterar. Já quando a abertura é realizada visando a saída da urina, chamamos de urostomia. Também existe a gastrostomia, que é uma ligação feita da pele para o estômago, e a jejunostomia que é uma ligação da pele para o jejuno, e ambas funcionam para a nutrição do paciente quando esta é impossibilitada pela via natural, em geral por conta de neoplasias malignas de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e estômago.¹⁸⁸

7.17.2 Cuidados com a pele ao redor do estoma

A higiene da pele ao redor do estoma deve ser realizada com água e sabonete neutro, fazendo espuma apenas, não devendo ser imposta força, nem devem ser usadas esponjas. É ideal que os pelos próximos da abertura do estoma sejam mantidos curtos, sendo aparados com tesoura, e nunca realizando o uso de lâminas. As lâminas podem fazer microfissuras, e abrindo porta de entrada para infecções nas raízes dos pelos. Demais produtos tais como álcool, pomadas e cremes podem ressecar a pele, e propiciar alergias e ferimentos, além de impedir que o coletor fique bem aderido, chegando a descolar e podendo ocorrer vazamento do seu conteúdo. Deve haver cuidado especial com os insetos, e devemos evitar a qualquer custo que moscas ou demais insetos pousem na pele ao redor ou ainda dentro do estoma.^{187,189}

7.17.3 Complicações cutâneas das ostomias

Existem várias complicações da pele periestoma, com a possibilidade de dermatite irritativa de contato, trauma mecânico por conta do atrito e pressão que podem ser gerados na área, além da infecção de pele por organismos patogênicos.^{189,190}

O tipo de ostomia e o contato com o tipo de excremento advindo desta com a pele são os maiores formadores de complicações. Pacientes com ileostomia tem o maior risco de evoluir com complicações da pele próxima da saída do estoma, quando comparados aos pacientes que possuem colostomias. A urostomia por conta da umidade e da urina também tem grande risco de dermatite, pois a urina rompa o equilíbrio da pele.¹⁹⁰

Uma dermatite se não tratada pode evoluir como um ciclo vicioso, aumentando a irritação da pele, e podendo gerar ulcerações, além da possibilidade de estenose das ostomias.¹⁹⁰

7.17.4 Alteração da qualidade de vida

Os pacientes que precisam passar pelo processo de confecção de uma ostomia precisam se adaptar a sua nova imagem corporal, com alterações que podem ser negativas, alterando na interação social, fazendo que os pacientes se isolem mais, alterando também a função sexual por conta de alteração não somente dos pacientes, e da autoestima desses, mas dos parceiros que muitas vezes possuem medo de danificar as ostomias.^{189,190}

Existem também as alterações da qualidade de vida, no que inclui as atividades diárias, como os tratamento a que o paciente está passando, a alimentação, a sensação de bem-estar, e até mesmo os cuidados pessoais.^{189,190}

Em geral, nas duas primeiras semanas do paciente em casa, este apresenta grande necessidade de cuidado, fase essa que necessita da participação da família no cuidado, com influência positiva na aceitação do paciente e da aquisição de boas práticas comportamentais para o paciente.^{189,190}

7.17.5 Papel da equipe multiprofissional e da educação em saúde

O paciente necessita de cuidados que incluem não apenas o médico, mas também os demais profissionais de saúde. O enfermeiro da atenção primária a saúde

tem grande participação com auxílio nos cuidados. Os ensinamos e o incentivo ao paciente para que desenvolva seu autocuidado é necessário e deve ser realizado de modo contínuo, e a família faz parte desse processo de educação.^{189,190}

7.17.6 Prognóstico

Este dependerá totalmente da etiologia que levou a sua colocação, em alguns casos são procedimentos que podem ser apenas temporários, até que o paciente se recupere e adquira um status mais seguro para que, por exemplo o trânsito intestinal seja religado, ou ainda para que o trânsito urinário retorne ao fisiológico. Em outros casos, se tornam fundamentais para a manutenção da vida, como em casos de pacientes com processos malignos da boca, faringe, laringe, e esôfago, ou ainda em pacientes com processos demenciais ou outros que tragam dificuldades na deglutição e maior possibilidade de engasgos e bronco aspiração, levando a maiores complicações que colocam em risco a vida do paciente.¹⁹¹

8 CONCLUSÕES

Através da revisão realizada de diversos temas relacionados a saúde como um todo, e do enfoque especial para a saúde da pele para elaboração deste capítulo contido no Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade, foi possível notar o quão importante é a formação médica aumentar a qualidade relacionada aos conceitos da dermatologia, desde os princípios fundamentais e básicos, até o ensino das grandes dermatoses para que o diagnóstico possa ser dado com maior resolutividade na própria atenção primária, haja visto que na maioria das vezes o recém formado atuará neste cenário, e também possibilitando que o residente em medicina de família e comunidade chegue a este período da formação profissional mais preparado para a atuação na área, com a finalidade de refinar os conhecimentos específicos da área durante o processo de residência e prestar melhor assistência aos pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L, et al. Fortalecimento da atenção primária à saúde: Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Rev Panam Salud Publica: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov 22]; 29 (2): 84-95. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

2. Gusso G, Lopes JMC, Dias IC. Tratado de medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática. 2nd ed. aum. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2 vol. ISBN: 9788582715383.
3. Giovanella L, Escorel S, MHM Mendonça, et al. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2003 [cited 2022 Nov 22]; 27 (65): 278-289. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/712/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf;jsessionid=9540D49FD383D9D38999AB5FBEA44A67?sequence=3#page=103
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2022 Nov 22]; 14(3): 783-794. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?format=pdf&lang=pt>
5. Tanaka OY, et al. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde social* [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov 22]; 20 (4): 927-934. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4PgSgjCSWcnnVJVQQ5j4Kfn/?format=pdf&lang=pt>
6. Bergstresser PR, Costner MI. Anatomy and physiology. In: Bologna G, editor. *Dermatology*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 25-35.
7. Garg A, Levin NA, Bernhard JD. Structure of skin lesions and fundamentals of clinical diagnosis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 23-40.
8. Tasli L, Oguz O. The role of various immersion liquids at digital dermoscopy in structural analysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011; 77 (1): 110.
9. Festa Neto C, Cucé LC, Reis VMS. Manual de dermatologia. 5th ed. Barueri: Manole; 2019. 1, Avaliação das doenças dermatológicas: Queixa e duração, exame físico, anamnese e métodos diagnósticos; p. 2-30.
10. Ramos-e-Silva M, De Castro MCR. Fundamentos da dermatologia. São Paulo: Atheneu; 2009. Roselino AMF. Semiologia cutânea: lesões elementares. *Medicina*. 1994; 27 (1/2): 56-65.
11. Frange VMN, Arruda LHF, Daldon PEC. Dermatoscopia: importância para a prática clínica. *Rev Ciênc Méd*. 2009; 18 (4): 209-215.
12. Costa A. Hidratação cutânea. *Rev Bras Med*. 2009; 66:15-21.
13. Monteiro EO. Filtros solares e fotoproteção. *RBM Rev Bras Med*. 2010; 67 (6).
14. Schalka S, Steiner D, Ravelli FN, Steiner T, Terena AC, Marçon CR, et al. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. *An Bras Dermatol*. 2014; 89 (6 Suppl 1): 56-75.
15. Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
16. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Cuidados diários com a pele [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [acesso em 28 set. 2022]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/cuidados/cuidados-diaricos-com-a-pele/>.

17. Castilho IG, Souza MAA, Leite RMS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer de pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *An Bras Dermatol*. 2010; 85 (2): 173-178.
18. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74 (5): 945-973.
19. Kanwar AJ, Narang T. Anagen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013; 79 (5): 604-612.
20. Breitkopf T, Leung G, Yu M, Wang E, McElwee KJ. The basic science of hair biology: what are the causal mechanisms for the disordered hair follicle? *Dermatol Clin*. 2013; 31 (1): 1-19.
21. Grover C, Khurana A. Telogen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013; 79 (5): 591-603.
22. Jackson AJ, Price VH. How to diagnose hair loss. *Dermatol Clin*. 2013; 31(1): 21-28.
23. Spano F, Donovan JC. Alopecia areata: Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Can Fam Physician*. 2015; 61 (9): 751-755.
24. Childs JM, Sperling LC. Histopathology of scarring and nonscarring hair loss. *Dermatol Clin*. 2013; 31 (1):43-56.
25. Habif TP. *Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
26. Herskovitz I, Tosti A. Female pattern hair loss. *Int J Endocrinol Metab*. 2013; 11 (4): e9860.
27. Moghadam-Kia S, Franks AG Jr. Autoimmune disease and hair loss. *Dermatol Clin*. 2013; 31 (1): 75-91.
28. Atanaskova Mesinkovska N, Bergfeld WF. Hair: what is the new diagnosis and management? Female pattern hair loss update: diagnosis and treatment. *Dermatol Clin*. 2013; 31 (1): 119-127.
29. Kelly BP. Superficial fungal infections. *Pediatr Rev*. 2012; 33 (4); e22-37.
30. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67 (5): 1040-1048.
31. Haskin A, Aguh C. All hairstyles are not created equal: what the dermatologist needs to know about black hairstyling practices and the risk of traction alopecia (TA). *J Am Acad Dermatol*. 2016; 75 (3): 606-611.
32. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Krompouzou G. Psychocutaneous disease: clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 76 (5): 779-791.
33. Berger TG. Pruritus. In: McPhee SJ, Papadakis AP. *Current medical diagnosis and treatment*. New York: McGraw-Hill; 2011.
34. Ford GP, Farr PM, Ive FA, Shuster S. The response of seborrhoeic dermatitis to ketoconazole. *Br J Dermatol*. 1984; 111 (5): 603-7.

35. Ramos JR. Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais. São Paulo: Sarvier; 1986.
36. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American College of Allergy, Asthma and Immunology. Contact dermatitis: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006; 97 (3 Suppl 2): S1-38.
37. Arnold LI Jr, Odom RB, James WD. Doenças da pele de Andrews. São Paulo: Manole; 1994.
38. Ständer S, Schäfer I, Phan NQ, Blome C, Herberger K, Heigel H, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology.* 2010; 221 (3): 229-235.
39. Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, et al. European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92 (5): 563-581.
40. BMJ Best Practice. Avaliação do prurido. [Internet]. [capturado em 02 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/612>
41. Fitzpatrick TB, Wolf K, Johnson RA, Suurmond D. Dermatologia: atlas e texto. 5. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006.
42. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
43. Finnish Medical Society Duodecim. Seborrhoic dermatitis. In: EBM Guidelines. Evidence-based medicine. Helsinki: Wiley Interscience; 2017.
44. Cribier B, Frances C, Chasidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol.* 1998; 134 (12): 1521-1530.
45. Scarff CE. Sweaty, smelly hands and feet. *Aust Fam Physician.* 2009; 38 (9): 666-669.
46. Togel B, Greve B, Raulin C. Current therapeutic strategies for hyperhidrosis: a review. *Eur J Dermatol.* 2002; 12 (3): 219-223.
47. Eisenach JH, Atkinson JLD, Fealey RD. Hyperhidrosis: evolving therapies for a well-established phenomenon. *Mayo Clin Proc.* 2005; 80 (5): 657-666.
48. Derlot S, Marchi E, Corrêa MA. Oxibutinina como alternativa de tratamento da hiperidrose. *An Bras Dermatol.* 2017; 92 (2): 220-223.
49. Nicholas R, Quddus A, Baker DM. Treatment of primary craniofacial hyperhidrosis: a systematic review. *Am J Clin Dermatol.* 2015; 16 (5): 361-370.
50. Stashak AB, Brewer JD. Management of hyperhidrosis. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2014; 7: 285-299.
51. Romero FR, Haddad GR, Miot HÁ, Cataneo DC. Hiperidrose palmar: aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos. *An Bras Dermatol.* 2016; 91 (6): 716-725.
52. Avè BRC. Hiperidrose e outras alterações das glândulas sudoríparas. In: Ramos e Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. 851-858.

53. Solish N, Wang R, Murray CA. Evaluating the patient presenting with hyperhidrosis. *Thorac Surg Clin*. 2008; 18 (2): 133-140.
54. Miller JL, Hurley HJ. Disease of the eccrine and apocrine sweat glands. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. London: Mosby Elsevier; 2008. 531-548.
55. Stashak AB, Brewer JD. Management of hyperhidrosis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2014; 7: 285-299.
56. Vanuci F, Araújo JA. Thoracic sympathectomy for hyperhidrosis: from surgical indications to clinical results. *J Thorac Dis*. 2017; 9 (Suppl 3): 178-192.
57. Somani N, Harrison S, Bergfeld WF. The clinical evaluation of hirsutism. *Dermatol Ther*. 2008; 21 (5): 376-391.
58. Lebowitz MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I. *Treatment of skin disease*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2010.
59. Campos S. *Hirsutismo: descrição* São Paulo: Escelsanet; 2003.
60. Associação Médica Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Hirsutismo: diagnóstico*: São Paulo: CFM; 2006.
61. Spritzer PM. Diagnóstico etiológico do hirsutismo e implicações para o tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31 (1): 41-47.
62. Alsantali A, Shapiro J. Management of Hirsutism. *Skin therapy Lett*. 2009; 14 (7): 1-3.
63. Witchel SF, Azziz R. Nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2010.
64. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
65. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1961; 21: 1140-1147.
66. Witchel SF, Azziz R. Nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2010.
67. Martin KA, Chang RJ, Ehrmann DA, Ibanez L, Lobo RA, Rosenfield RL, et al. Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93 (4): 1105-1120.
68. Chieppe AO. *Hirsutismo: diagnóstico e tratamento*. Medcenter Medscape; 2012.
69. Harrison S, Somani N, Bergfeld WF. Update on the management of hirsutism. *Cleve Clin J Med*. 2010; 77 (6): 388-398.
70. Soares JLMF, Pasqualotto AC, Rosa DD, Leite VRS. *Métodos diagnósticos: consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
71. Plovanich M, Weng QY, Mostaghimi A. Low usefulness of potassium monitoring among healthy young women taking spironolactone for acne. *JAMA Dermatol*. 2015; 151 (9): 941-944.
72. Zanglein AL, Pathy A, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74 (5): 945-973.

73. Bode D, Seehusen DA, Baird D. Hirsutism in women. *Am Fam Physician*. 2012; 85 (4): 373-380.
74. Yarak S, Bagatin E, Hassun KM, Parada MOAB, Talarico Filho S. Hiperandrogenismo e pele: síndrome do ovário policístico e resistência periférica à insulina. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(4): 395-410.
75. Duarte I, Lazzarini R, Buense R, Pires MC. Dermatite de contato. *An Bras Dermatol*. 2000; 75 (5): 529- 548.
76. Habif TP. *Habif's clinical dermatology*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.
77. Usatine RP, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. *Am Fam Physician*. 2010; 82 (3): 249-255.
78. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L, organizadores. *Dermatologia*. 7. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2017.
79. Weber MB, Bonamigo RR. Dermatites eczematosas e reações cutâneas medicamentosas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1708-1719.
80. Sehra S, Holbreich M, Kaplan MH, Tuana FMB, Mousdicas N, Travers JB. Dermatite atópica: implicações clínicas de avanços recentes na patogênese. *An Bras Dermatol*. 2008; 83 (1): 57-73.
81. Ingram JR. Eczematous disorders. In: Griffiths CEM, Barker J, Blelker T, Chalmers R, Creamer D, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edition. West Sussex: John Wiley and Sons; 2016. p. 39.35.
82. Sampaio ALSB, Mameri ACA, Vargas TJS, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SCS. Dermatite seborreica. *An Bras Dermatol*. 2011; 86 (6): 1061-1074.
83. Quevedo J, Silva VU. Cirurgia da unha. In: Almeida HC, Guimarães JR. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS; 2003.
84. Habif TP. Doenças das unhas. In: Habif TP. *Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 878-906.
85. Abdullah L, Abbas O. Common nail changes and disorders in older people: diagnosis and management. *Can Fam Physician*. 2011; 57 (2): 173-181.
86. Rockwell PG. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*. 2001; 63 (6): 1113-1116.
87. Jebson PJ. Infections of the fingertip. Paronychias and felons. *Hand Clin*. 1998; 14 (4): 547-555, viii.
88. Krueel CDP, Gurksi RR, Krueel CRP. Cirurgia da unha. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
89. Rounding C, Bloomfield S. Surgical treatments for ingrowing toenails. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001541.
90. Westerberg DP, Voyack MJ. Onychomycosis: current trends in diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2013; 88 (11): 762-770.

91. Afonso A, Barroso P, Marques G, Gonçalves A, Gonzalez A, Duarte N, et al. Úlcera crônica do membro inferior: experiência com cinquenta doentes. *Angiol Cir Vasc*. 2013; 9 (4): 148-153.
92. Guo S, Dipietro LA. Factors affecting wound healing. *J Dental Res*. 2010; 89 (3): 219-229.
93. Templeton S, Telford, K. Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role? *Wound Pract Res*. 2010; 18 (2): 72-79.
94. Franks P, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. *J Wound Care*. 2016; 25 (6): 1-67.
95. Fonder MA, Lazarus GS, Cowan DA, Aronson-Cook B, Kohli AR, Mamelak AJ. Treating the chronic wound: a practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58 (2) 185-206.
96. Slachta PA. Caring for chronic wounds: a knowledge update [Internet]. *Am Nurs Today*. 2008 [capturado em 22 fev. 2018]; 3 (7). Disponível em: <https://www.americannursetoday.com/caring-for-chronic-wounds-a-knowledge-update/>
97. Rudolph D. Standards of care for venous leg ulcers: compression therapy and moist wound healing. *J Vasc Nurs*. 2001; 19 (1):20-27.
98. Collins L, Seraj S. Diagnosis and treatment of venous ulcers. *Am Fam Physician*. 2010; 8 (8): 989-996.
99. Kirsner RS, Vivas AC. Lower extremity ulcers: diagnosis and management. *Br J Dermatol*. 2015; 173 (2): 379-390.
100. Alguire PC, Mathes BM. Diagnostic evaluation of lower extremity chronic venous insufficiency. Waltham: UpToDate; 2018.
101. Worboys F. How to obtain the resting ABPI in leg ulcer management. *Wound Essentials*. 2006; 1: 55-60.
102. MacLellan DG. Chronic wound management. *Australian Prescriber*. 2000; 23 (1): 6-9.
103. Boateng JS, Matthews KH, Stevens HN, Eccleston GM. Wound healing dressings and drug delivery systems: a review. *J Pharm Sci*. 2008;97(8):2892-2923.
104. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3. ed. Madrid: AEEVH; 2017.
105. Armstrong DG, Meyr AJ. Basic principles of wound management. Waltham: UpToDate; 2018.
106. Alves DFS, Almeida AO, Silva JLG, Morais FI, Dantas SRPE, Alexandre NMC. Translation and adaptation of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool for the Brazilian culture. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24 (3): 826-33.
107. Santos VL, Azevedo MA, Silva TS, Carvalho VM, Carvalho VF. Crosscultural adaptation of the pressure ulcer scale for healing to the Portuguese language. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(3): 305- 13.

108. Santos VLCG, Sellmer D, Massulo MME. Inter rater reliability of Pressure Ulcer Scale for Healing (push) in patients with chronic leg ulcers. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2007; 15 (3): 391-396.
109. Sousa ATO, Vasconcelos JMB, Soares MJGO. Software image tool 3.0 como um instrumento para mensuração de feridas. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2012; 6 (10): 2569-2573.
110. Hague A, Pherwani A, Rajagopalan S. Role of compression therapy in pathophysiology of the venous system in lower limbs. *Surgeon*. 2017; 15 (1): 40-6.
111. Dissemond J, Assenheimer B, Bültemann A, Gerber V, Gretener S, Kohler von Siebenthal E, et al. Compression therapy in patients with venous leg ulcers. *JDDG*. 2016; 14 (11): 1072-87.
112. Ferreira AM, Candido MCFS, Candido MA. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18 (4): 656-660.
113. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (11): CD000265.
114. Alsop R. Acne vulgaris. *InnovAiT*. 2008;1 (7): 470-473
115. James WD. Clinical practice. Acne. *N Engl J Med*. 2005; 352 (14): 1463-1472.
116. National Health Services. Clinical knowledge summaries rosacea. London: NHL; 2009.
117. Thiboutot D, Zaenglein A. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris. Waltham: UpToDate; 2018.
118. Levin J. The relationship of proper skin cleansing to pathophysiology, clinical benefits, and the concomitant use of prescription topical therapies in patients with acne vulgaris. *Dermatol Clin*. 2016; 34 (2): 133-145.
119. Cook D, Krassas G, Huang T. Acne: best practice management. *Aust Fam Physician*. 2010; 39 (9): 656- 660.
120. Mikkelsen CS, Hansen SR, Kroon S. Local treatment of acne. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011; 131 (1): 33- 34.
121. Knutsen-Larson S, Dawson AL, Dunnick CA, Dellavalle RP. Acne vulgaris: pathogenesis, treatment, and needs assessment. *Dermatol Clin*. 2012; 30 (1): 99-106.
122. Feijó RB, Costa COM, Hagel LD, Cruz NLA. Problemas comuns de saúde na adolescência. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre. Artmed; 2014.
123. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012; 379 (9813): 361-372.
124. Graber E. Treatment of acne vulgaris. Waltham: UpToDate; 2018.
125. Hansen SR, Mikkelsen CS, Kroon S. Systemic treatment of acne. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011; 131 (2): 133-135.

126. Kosmadaki, M, Katsambas, A. Topical treatments for acne. *Clin Dermatol.* 2017; 35 (2): 173-178.
127. Koo EB, Petersen TD, Kimball AB. Meta-analysis comparing efficacy of antibiotics versus oral contraceptives in acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71 (3): 450-459.
128. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (7): CD004425.
129. Salvaggio HL, Zaenglein AL. Examining the use of oral contraceptives in the management of acne. *Int J Womens Health.* 2010; 2: 69-76.
130. Agostinho KM, Cavalcante KMH, Cavalcanti PP, Pereira DL. Doenças dermatológicas frequentes em Unidade Básica de Saúde. *Cogitare Enferm.* 2013; 18 (4): 715-721.
131. Canizares O. *A Manual of dermatology for developing countries.* 2nd ed. New York: Oxford, 1993.
132. Leone PA. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. *Clin Infect Dis.* 2007;44 Suppl 3: S153-9.
133. Tavares M, Selores M. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. *Nascer e Crescer.* 2013; 22 (2): 80-86.
134. Costa JB, Sousa VLLR, Trindade Neto PB, Paulo Filho TA, Cabral VCDF, Pinheiro PMR. Norwegian scabies mimicking rupioid psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2012; 87 (6): 910-913.
135. Thomas J, Peterson GM, Walton SF, Carson CF, Naunton M, Baby KE. Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies. *BMC Infect Dis.* 2015; 15: 250.
136. Pinheiro FGMS, Madi RR, Vaez AC, Pereira JB, Melo CM. Determinantes sociocomportamentais e vulnerabilidade de crianças da educação infantil à pediculose. *Cogitare Enferm.* 2015; 20 (3): 504-511.
137. Santiago F, Januário G. Escabiose: revisão e foco na realidade portuguesa. *Revista SPDV.* 2017; 75(2): 129-37.
138. Franceschi AT, Franco BB, Steiger CMP, Padilha DZ, Irigaray JE, Schardosim JM, et al. Desenvolvendo estratégias para o controle da pediculose na rede escolar. *Revista APS.* 2007; 10 (2): 217-220.
139. Paller AS, Mancini AJ. *Dermatologia pediátrica: tratado de doenças da pele na infância e na adolescência.* 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
140. Stade PML, Ferreira OGL, Veloso LSG, Silva FV, Moreira MASP, Bezerra VP. Concepções de estudantes universitários sobre a escabiose. *Revista Interdisciplinar.* 2014; 7 (1): 167-172
141. Dewitt, CA, Bueschr LS, Stone SP. *Dermatology in general medicine.* New York: McGraw-Hill; 2003.
142. Petri V, editor. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: dermatologia.* São Paulo: Manole; 2003.57
143. Belda Junior W, Di Chiacchio N, Criado PR. *Tratado de dermatologia.* São Paulo: Atheneu; 2010.

144. Rivitti EA. Dermatologia de Sampaio e Rivitti: 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2018.
145. Cabo H, Argenziano G. Dermatoscopia. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2008.
146. Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. São Paulo: Atheneu; 2009.
147. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. Toronto: Elsevier; 2008.
148. Rezze GG, Leon A, Duprat J. Nevo displásico. An Bras Dermatol. 2010; 85 (6): 863-871.
149. Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et al. Guidelines of care for management of primary cutaneous melanoma. J Am Acad Dermatol. 2011; 65 (5):1032-47.
150. Gontijo B, Pereira LB, Silva CMR. Antibióticos em dermatologia. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Antimicrobianos na prática clínica pediátrica: guia prático para manejo no ambulatório, na emergência e na enfermaria. Rio de Janeiro: SBP; 2003.
151. Iazzetti AV. Infecções cutâneas na criança: conduta terapêutica. Ped Modern. 2005; 61: 78-85.
152. Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. Infecções bacterianas da pele. Resumo de diretriz NHG M68 (agosto 2007). Rio de Janeiro: SBMFC; 2014.
153. Arenas R, Ruiz-Esmenjaud J. Onicomicose na infância: uma perspectiva atual com ênfase na revisão do tratamento. An Bras Dermatologia. 2004; 79 (2): 225-32.
154. Berker DMRCP. Fungal nail disease. N Eng J Med. 2009; 360 (20): 2108-16.
155. Parker ER. Candidal intertrigo [Internet]. Waltham: UpToDate; 2012 [capturado em 02 nov. 2022]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/candidal-intertrigo>
156. Bell-Syer S, Hart R, Crawford F, Togerson DJ, Tyrrel W, Russell I. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (2): CD003584.
157. Nadalo D, Montoya C. What is the best way to treat tinea cruris? Clinical inquiries. J Fam Pract. 2006; 55 (3): 256-8.
158. Thomas B. Clear choices in managing epidermal tinea infections. J Fam Pract. 2003; 52 (11): 850-62.
159. Nucci M, Queiroz-Telles F, Angela M, Tobo AM, Restrepo A, Colombo AL. Epidemiology of opportunistic fungal infections in Latin America. Clin Infect Dis. 2010; 51 (5): 561-70.
160. Klenk AS, Martin AG, Heffernan MP. Yeast infections: candidiasis, pityriasis (tinea) versicolor. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 2006.
161. Barros LA, coordenador. Dicionário de dermatologia [Internet]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009 [capturado em 02 nov. 2022]. Disponível em: http://www.sobende.org.br/Dicionario_dermatologia.pdf.

162. Goldstein BG, Goldstein AO. Tinea versicolor [Internet]. Waltham: UpToDate; 2012 [capturado em 02 nov. 2022]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/tinea-versicolor>.
163. Buckley DA, Fuller LC, Higgins EM, Vivier AWP. Lesson of the week: tinea capitis in adults. *Br Med J*. 2000;320(7246):1389-90.
164. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em ciências da saúde [Internet]. 2011 [capturado em 02 nov. 2022]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.
165. Schell WA. Biology of candida infections [Internet]. Waltham: UpToDate; 2012 [capturado em 02 nov. 2022]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/biology-of-candida-infections>.
166. Crawford F, Hollis S. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3): CD001434.
167. El-Gohary M, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Burgess H, Doney L, Stuart B, et al. Topical antifungal treatments for tinea cruris and tinea corporis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (8): CD009992.
168. Habif TP. Psoríase e outras doenças papuloescamosas. In: Habif TP. *Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 223-253.
169. Kurian A, Barankin B. Current effective topical therapies in the management of psoriasis. *Skin Therapy Lett*. 2011; 16 (1): 4-7.
170. Mrowietz U, Reich K. Psoriasis: new insights into pathogenesis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106 (1-2): 11-18.
171. Ponzio HA, Favaretto AL., Bozko MP. Dermatoses eritematoescamosas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 962-969.
172. Mrowietz U, Elder JT, Barker J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term management of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res*. 2006; 298 (7): 309-319.
173. Lee DJ, Shellow WVR. Management of psoriasis. In: Goroll AH, Mulley AG. *Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1197-1203.
174. Afifi T, Gannes G, Huang C, Zhou Y. Topical therapies for psoriasis: evidence-based review. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 519-525.
175. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2): CD005028.
176. Pardasani AG, Feldman SR, Clark AR. Treatment of psoriasis: an algorithm-based approach for primary care physician. *Am Fam Physician*. 2000; 61 (3): 725-733.
177. Harries M, Butterworth A, Griffiths CEM, Chalmers R. Methotrexate for psoriasis (Protocol for a Cochrane Review). *Cochrane Database System Rev*. 2011; (2).
178. Reich K, Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007; 5 (7): 566-574.

179. Globe D, Bayliss MS, Harrison D. The impact of itch symptoms in psoriasis: results from physician interviews and patient focus groups. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7: 62.
180. Ramos-E-Silva M, Carvalho JC, Carneiro SC. Cutaneous paraneoplasia. *Clin Dermatol*. 2011; 29 (5): 541- 547
181. Silva JA, Mesquita KC, Igreja ACSM, Lucas ICRN, Freitas AF, Oliveira SM, et al. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. *An. Bras. Dermatol*. 2013; 88 (1): 09-22.
182. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 182-192.
183. Leonhardt JM, Heymann WR. Cutaneous manifestations of other endocrine diseases. In: Freedberg IM, Elsen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: MacGraw-Hill; 2003. p. 1662-1670.
184. Jindal N, Aggarwal A, Kaur S. HIV seroprevalence and HIV associated dermatoses among patients presenting with skin and mucocutaneous disorders. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009; 75 (3): 283- 286.
185. Reamy BV, Bunt CW, Fletcher S. A diagnostic approach to pruritus. *Am Fam Physician*. 2011; 84 (2): 195-202.
186. Yonova D. Pruritus in certain internal diseases. *Hippokratia*. 2007;11(2):67–71.
187. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados com a sua estomia intestinais urinárias: orientações ao usuário [bibliography on the Internet]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Inca; 2018 [cited 2022 Dec 1]. 20 p. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-cuidados-com-a-sua-estomia.pdf>
188. Souza RS, Sousa ATM, Cardins KKB, Pimentel ERS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação. *Rev Enferm Atual In Derme [Internet]*. 2021 abril [cited 2022 Dec 1]; 95 (34) DOI <http://dx.doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.999>. Available from: https://www.researchgate.net/publication/351973187_Perfil_epidemiologico_clinico_e_terapeutico_de_pacientes_em_pos-operatorio_de_estomas_de_alimentacao
189. Reis BL, Brandão ES, Garcia KRS. Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura. *Saúde coletiva [Internet]*. 2022 Dec 15 [cited 2022 Dec 7]; 09: 1369-1374. Available from: <https://1library.org/document/z3drg34e-tecnologias-dispon%C3%ADveis-manejo-ostomia-intestinal-revis%C3%A3o-integrativa-literatura.html>
190. Vinhas MSA. Complicações das ostomias urinárias e digestivas [Mestrado integrado em medicina on the Internet]. Portugal: Faculdade de Medicina Universidade do Porto; 2010. Ostomias; [cited 2022 Dec 1]; Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53608/2/Complicaes%20das%20ostomias%20urinrias%20e%20digestivas.pdf> Medicina.
191. Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC. Elaboration of an educational technology for ostomized patients: peristomal skin care. *Rev Bras Enferm*. 2018;72(2):427-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0024>.