

PROTOCOLO DE ACESSO E MANEJO À ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí - 2024
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



**Prefeitura
de Jundiaí**

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí - 2024

Versão I

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS) Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dr. Aldo Leão do Nascimento Junior (Dermatologista do Ambulatório de Especialidades do Município de Jundiaí-SP)

Dra. Daniele de Mola Sponchiado (Dermatologista do Ambulatório de Especialidades do Município de Jundiaí - SP)

Dra Érika Pimenta de Pádua Mayer (Apoio Técnico em Saúde da Mulher)

Dra. Fernanda Tiemi D. Matsusaki (Apoio Técnico em Saúde da Criança e Adolescente)

Dra. Giovanna Gavros Palandri (Apoio Técnico em Saúde da Criança e Adolescente)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora – Dep. de Regulação da Saúde/UGPS)

Dra. Patrícia Ledo M. Costa (Apoio Técnico em Saúde do Adulto e do Idoso)

Dr. Vitor Manuel Costa Ferreira da Silva (Dermatologista do Ambulatório de Especialidades do Município de Jundiaí-SP)

Diretora do Departamento de Regulação da Saúde: Fabiana Barrete de Alcântara

Sumário

APRESENTAÇÃO -----	04
FLUXO DE ATENDIMENTO -----	05
PRIORIZAÇÃO -----	06
1. PRURIDO/ECZEMA -----	07
1.1 Prurido -----	07
1.2 Eczema -----	10
2. DERMATOZOONOSES -----	18
2.1 Escabiose -----	18
2.2 Pediculose -----	20
2.3 Miíase -----	24
2.4 Larva migrans -----	27
3. DERMATOSE ERITEMATOESCAMOSA -----	27
3.1 Psoríase -----	27
3.2 Líquen Plano -----	30
3.3 Pitiríase Rósea -----	32
3.4 Dermatofitoses -----	33
3.5 Pitiríase Versicolor -----	36
3.6 Candidíase -----	38
4. DERMATOVIROSES -----	39
4.1 Herpes Simples -----	39
4.2 Herpes Zoster -----	40
4.3 Molusco Contagioso -----	41
4.4 Verrugas -----	43
5. PIODERMITES -----	47
5.1 Impetigo -----	47
5.2 Furúnculo e Antraz -----	50
5.3 Erisipela e Celulite -----	52
5.4 Fasciíte necrotizante -----	54
6. ACNE -----	55
7. BULOSES -----	58
8. LESÕES E TUMORES BENIGNOS -----	60
8.1 Tumores benignos -----	60
8.2 Lesões pigmentadas/melanocíticas benignas -----	65

9. LESÕES E TUMORES MALIGNOS -----	69
9.1 Lesões precursoras -----	69
9.2 Câncer de pele não melanoma -----	70
9.3 Melanoma -----	71
10. QUEDA DE CABELO -----	72
10.1 Eflúvio Telógeno -----	72
10.2 Alopecia Areata -----	73
10.3 Alopecia de Tração -----	74
10.4 Alopecia Androgenética -----	74
10.5 Alopecia Frontal Fibrosante -----	75
11. PSICODERMATOSES -----	76
11.1 Skin Picking -----	76
11.2 Dermatite Factícia -----	76
11.3 Tricotilomania -----	76
11.4 Delírio de parasitose -----	76
12. OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS -----	77
12.1 Hanseníase -----	77
12.2 Esporotricose -----	77
12.3 Leishmaniose -----	79
13. PECULIARIDADES NA GESTAÇÃO -----	81
13.1 Alterações fisiológicas -----	81
13.2 Dermatoses Gestacionais -----	81
14. UNHA ENCRAVADA -----	83
15. VITILIGO -----	84
16. ALBINISMO -----	85
PRIORIDADES -----	86
BIBLIOGRAFIA -----	92

APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde. O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

FLUXO DE ATENDIMENTO

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde.

O agendamento da consulta especializada deve condizer com a estratificação de risco estabelecida pelo médico da unidade básica de saúde. Essa estratificação de risco é importante, uma vez que casos clínicos classificados como prioridade (P1) devem ser enviados para a Regulação Médica (via email da regional de saúde a que pertence a UBS).

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para subespecialidade ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).

PRIORIZAÇÃO:

- o **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao PS (pronto-socorro).
- o **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- o **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- o **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como P1 devem ser encaminhados ao email da regulação médica, de acordo com a regional a que pertence a unidade básica de saúde:

Regional 1 - e-mail: regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br

Regional 2 - e-mail: regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br

Regional 3 - e-mail: regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br

Regional 4 - e-mail: regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br

1. PRURIDO/ECZEMA

1.1 PRURIDO

O prurido é classificado em cinco categorias relacionadas com a sua origem:

- Prurido dermatológico: surge de doenças cutâneas como eczemas, psoríase, prurido do inverno, escabiose, pediculose, urticária, xerodermia (comum nos atópicos e idosos), líquen simples crônico, prurido ano-genital e nas cicatrizes.

- Prurido sistêmico: surge de doenças internas como doença hepática colestática primária (cirrose biliar primária, prurido gravídico, colangite esclerosante, hepatite viral, colestase induzida por drogas e obstrução extra-hepática de vias biliares), doenças hematológicas (anemia por deficiência de ferro, policitemia vera, doença de Hodgkin, leucemias, linfomas de células T e mastocitose sistêmica), insuficiência renal crônica, endocrinopatias (hiper ou hipotireoidismo e diabetes), viroses (varicela) e determinadas condições multifatoriais, frequentemente, alterações metabólicas.

- Prurido neurogênico/neuropático: surge de doenças do SNC ou periférico, como tumores cerebrais, esclerose múltipla, pós AVC, neuropatia, irritação ou compressão nervosa, como na notalgia parestésica, pós herpético (zoster) e prurido braquirradial.

- Prurido psicogênico/psiquiátrico: parasitofobia (delírio de parasitose), esquizofrenia, estresse, depressão, ansiedade.

- Prurido misto ou de superposição.

Algoritmo da avaliação do prurido:

1. Dermatose pruriginosa → tratamento da doença de base.
2. Lesão dermatológica secundária ao prurido
 - Dermatose pruriginosa → tratamento da doença de base.
 - Doença sistêmica pruriginosa → investigação → tratamento da doença de base e tratamento sintomático.
3. Prurido sem lesão dermatológica
 - Doença sistêmica pruriginosa → investigação → tratamento da doença de base e tratamento sintomático.
 - Doença psicogênica → investigação → tratamento da doença de base e tratamento sintomático.

Conduta e orientações gerais na atenção primária à saúde:

* **Hidratação** – quando a pele se apresenta seca, especialmente, em pacientes atópicos e no prurido senil:

- Evitar banhos quentes, muito frequentes (ou demorados) e uso excessivo (ou sem necessidade) de sabonetes;

- Aplicar loções hidratantes após o banho – uma alternativa eficaz e de baixo custo é a aplicação no corpo (ao final do banho e com a pele ainda molhada) de óleo de girassol, o mesmo utilizado em culinária, podendo ser acrescido de óleo essencial ou essência natural de lavanda. Colocar em um recipiente, aproximadamente 100ml de óleo de girassol e acrescentar umas 10 gotas do óleo essencial de lavanda. Aplicar (com as mãos) essa mistura de óleos pelo corpo, depois deixar a água cair novamente sobre o corpo, esfregando suavemente as mãos sobre a pele para retirar o excesso do óleo e, em seguida, enxugar o corpo normalmente com uma toalha.

* **Uso de anti-histamínicos** – para crianças acima de 2 anos: Maleato de dexclorfeniramina em solução oral 0,4mg/ml. Em crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml até 3 x ao dia (dose máxima 7,5ml/dia). Em crianças de 6 a 12 anos: 2,5ml 3 x ao dia

(dose máxima 15ml/dia). Crianças acima de 12 anos e adultos: loratadina 10 mg (tomar 1 comprimido via oral, 1x ao dia).

* O uso de **corticoide tópico** deve ser feito com cuidado considerando-se: a extensão e região a ser tratada (já que absorção cutânea pode resultar em efeito sistêmico), a concomitância com quadros infecciosos bacterianos ou fúngicos e a apresentação terapêutica (evitando o uso de pomadas em lesões agudas e/ou úmidas e em pregas cutâneas). A dexametasona creme deve ser usada em pequena quantidade, 2 x ao dia e o tempo de tratamento pode variar de acordo com a extensão e intensidade das lesões. Nos quadros agudos espera-se uma melhoria em 1 a 2 semanas, e em quadros crônicos pode ser necessário até 1 mês. Se o quadro persistir, sugere-se encaminhar para a especialidade.

Atenção ao manejo do prurido nas pregas, sobretudo na região anogenital, com destaque para as pregas inguinais e interglúteas. Nestas áreas a umidade tem papel importante e, portanto, deve-se considerar a conveniência de evitar medicações tópicas em forma de pomadas ou óleos. Importante ressaltar a necessidade de secar adequadamente essas regiões para evitar a proliferação de lesões e/ou prurido. Quando há prurido (com ou sem exsudação), sugere-se aplicação de chá de camomila frio ou ligeiramente morno em compressas, por aproximadamente 20 minutos (1 ou 2 vezes ao dia).

Prurido crônico intenso, não responsivo a tratamento antipruriginoso deve ser submetido a uma investigação laboratorial: hemograma completo, função hepática, função renal, função tireoidiana, glicemia, sorologia para HIV, sífilis e hepatites e exame protoparasitológico de fezes.

Critérios para encaminhamento:

- Dificuldade ou impossibilidade de estabelecer o diagnóstico nos quadros de causa dermatológica;
- Falta de resposta para controle do prurido, independentemente da origem do mesmo (dermatológica, sistêmica, neurológica, psicogênica ou mista);
- Dificuldade no manejo das lesões dermatológicas secundárias ao prurido.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Prurido sem resposta ao tratamento que interfere no sono e/ou nas atividades diárias
P2	- Prurido sem resposta ao tratamento com mínimo impacto na qualidade de vida

1.2 ECZEMA

Eczemas são dermatoses inflamatórias, em geral pruriginosas, que se manifestam por eritema, edema, vesículas, crostas, descamação e liquenificação. Podem ser agudos, subagudos ou crônicos. Nos quadros agudos predominam o eritema, edema, vesiculação e crostas. Nos crônicos, as lesões são secas, liquenificadas e podem ter descamação. O prurido está presente em todas as fases.

O termo dermatite é, usualmente, utilizado como sinônimo de eczema. Contudo, a dermatite corresponde a um processo inflamatório da pele que pode ter numerosas causas, entre as quais, os eczemas como uma das mais comuns.

1.2.1 Eczema de contato (dermatite de contato)

Nos eczemas de contato é fundamental buscar identificar o agente causador da dermatite e sempre que possível afastá-lo ou usar meios para evitar o contato do agente causador diretamente com a pele. Por exemplo, se relacionado ao uso de luvas é fundamental escolher o tipo adequado das mesmas. Se a luva for de material impermeável (plástico, borracha, látex ou vinil) sugere-se uso de luvas de tecido de algodão por dentro das luvas impermeáveis. Se for alergia ao látex, por exemplo, trocar por vinil.

- Por sensibilização: quadro alérgico causado por sensibilização.

Figura 1: Eczema de contato em pescoço



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 2: Eczema de Contato em orelha



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 3: Eczema de contato em face



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 4: Eczema de contato em pé



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

- Por irritação primária: em geral agentes químicos corrosivos (ácidos ou alcalinos), saliva, calor, atrito e exposição solar. Um tipo característico é a dermatite das fraldas, também denominada dermatite amoniacal.

Figura 5: Eczema por irritação primária em mão



Fonte: www.dermapixel.com

1.2.2 Eczema atópico

A causa exata da dermatite atópica ainda é desconhecida, contudo acredita-se que tenha uma base genética e que corresponda a um quadro alérgico familiar, pois costuma ocorrer entre pessoas da mesma família e associada com asma e/ou rinite alérgica. Pode surgir ou ser desencadeada por substâncias que causam reação alérgica como produtos químicos, substâncias presentes em pêlos de animais de estimação, roupas, acessórios, condições ambientais e por estado emocional, sobretudo estresse e ansiedade.

Além de manifestações típicas dos eczemas com lesões agudas, subagudas ou crônicas, os pacientes podem manifestar alterações como:

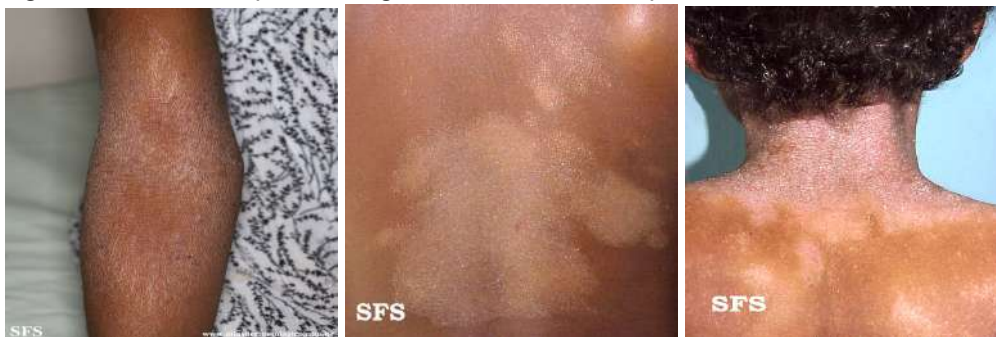
- Respostas vasculares atípicas (palidez facial, dermatogrfismo branco);
- Queratose pilar, hiperlinearidade palmar, xerose e ictiose;
- Alterações periorbitárias, blefarite, conjuntivite;
- Prurigo, pitiríase alba, queilite, prurido pela sudorese, eczema numular;
- Eczema dos mamilos, intolerância a lã e solventes lipídicos.

Figura 6 : Eczema atópico em face.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 7: Eczema atópico em regiões diferentes do corpo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Nos eczemas atópicos é muito importante cuidar da hidratação utilizando hidratantes que busquem restaurar a função de barreira da pele e controlar o prurido (ver conduta e orientações no item “Prurido”), visto que o ato de coçar estimula o processo inflamatório criando um círculo vicioso de agravamento do quadro. O aspecto emocional é muito importante e também precisa ser avaliado e cuidado, assim como atentar aos hábitos alimentares e influências do ambiente em que o paciente vive ou frequenta.

1.2.3 Dermatite seborreica

Manifesta-se como uma inflamação e se apresenta com eritema e descamação (com ou sem prurido). Pode ocorrer em diversas áreas do corpo. Normalmente, se forma onde a pele é oleosa ou gordurosa, como couro cabeludo, sobrancelhas, pálpebras, vincos do nariz, lábios, atrás das orelhas, região pubiana e tórax.

A causa não é totalmente conhecida e pode ter origem genética ou ser desencadeada por agentes externos, como alergias, situações de fadiga ou estresse emocional, baixa temperatura, álcool, medicamentos e excesso de oleosidade.

Figura 8: Dermatite seborreica em couro cabeludo, tórax e dorso.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 9: Dermatite seborreica em região auricular e couro cabeludo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 10: Dermatite seborreica em face e região pubiana.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

A dermatite seborreica infantil surge nas duas primeiras semanas de vida, acometendo a área de fraldas, face e couro cabeludo, regredindo em semanas ou meses.

Na dermatite seborreica, há dois fatores importantes a serem considerados: os emocionais, visto que ansiedade e estresse são desencadeantes ou agravantes (e precisam ser avaliados) e a participação de uma levedura (*P.ovale* ou também denominada como *P.orbicolare* ou *M.furfur*), que é o agente causador da pitíriase versicolor, faz parte da flora natural da pele do ser humano e tem importante papel na dermatite seborreica, daí a utilização de antifúngicos como cetoconazol xampu, 2 vezes por semana, por 6 semanas. Evitar água quente no banho ou para lavar o cabelo. Nos casos de dermatite seborreica atingindo áreas seborreicas na face, pregas retroauriculares, região esternal ou dorso, deve-se recorrer à aplicação de cetoconazol creme, 1 vez ao dia por até 2 semanas; a recidiva em geral é frequente e o uso do cetoconazol de modo intermitente dessa mesma maneira, sempre que haja a recidiva, pode ser feito.

1.2.4 Eczema de estase

Dermatose localizada em membros inferiores causada por acúmulo de fluidos e se apresenta de forma simétrica e associada a varizes de membros inferiores. A má nutrição do tecido, decorrente do comprometimento da circulação local, favorece o aparecimento desse tipo de eczema.

1.2.5 Eczema disidrósico ou Disidrose

Caracteriza-se por vesiculação localizada nas mãos (mais frequentemente) e nos pés, principalmente nas laterais dos quirodáticos e pododáticos e palmas das mãos e plantas dos pés. A causa é multifatorial, podendo ser de origem exógena (fatores externos ou de contato) ou origem endógena (fatores intrínsecos do indivíduo).

Importante: Diante de casos de eczema disidrótico, atingindo região palmar, descartar a existência de focos de dermatofitose à distância, nomeadamente região

plantar (reação tipo ID - manifestação à distância). Importante também estar atento ao aspecto emocional.

Tratamento:

* Em quadros agudos eczematosos devem ser usados preferencialmente medicamentos tópicos (veículo tipo creme) e, havendo exsudação, considerar o uso de compressas com soro fisiológico 0,9%, chá de camomila ou água boricada previamente ao creme, em temperatura ambiente.

* Quadros crônicos, com lesões secas, podem ser tratados com pomadas ou óleos como o de girassol (ver na conduta sugerida para tratamento de prurido, como utilizar o óleo de girassol).

* A corticoterapia, tópica ou sistêmica, pode ser necessária. Quanto à corticoterapia tópica, instituir o mesmo tratamento sugerido para prurido. A dexametasona creme deve ser usada em pequena quantidade, 2 x ao dia e o tempo de tratamento pode variar de acordo com a extensão e intensidade das lesões. Nos quadros agudos espera-se uma melhoria em 1 a 2 semanas, e em quadros crônicos pode ser necessário até 1 mês. A corticoterapia sistêmica deverá ser considerada nos quadros eczematosos intensos e/ou extensos, sobretudo nos eczemas atópicos e de contato por sensibilização. Nestes casos utiliza-se a prednisona 20mg (via oral) pela manhã por tempo suficiente para melhoria do quadro clínico que, em geral, ocorre em até 1 semana; devendo-se reduzir a dose progressivamente. A dose pode ser maior ou menor conforme idade e peso do paciente. Cuidado, ou até mesmo evitar o uso, em pacientes diabéticos, hipertensos, portadores de glaucoma ou com gastrite. Casos em que a corticoterapia sistêmica necessite de doses maiores ou de ser utilizada por períodos prolongados devem ser acompanhados pela especialidade.

* Em relação à antibioticoterapia, nos casos acompanhados de infecção secundária em que haja indicação para uso sistêmico, pode-se utilizar a cefalexina nas doses adequadas para a idade/peso do(a) paciente, por um período de 7 a 10 dias. Para uso tópico temos a pomada de neomicina com bacitracina, que poderá ser aplicada 2

vezes ao dia, por até duas semanas. Na ausência de resposta, está indicado o encaminhamento para a especialidade.

* O controle do prurido é muito importante - ver conduta sugerida no tratamento de prurido.

Critérios para encaminhamento:

- Diagnóstico não identificado;
- Investigação de fatores causais ou desencadeantes;
- Insucesso na resposta terapêutica.

Encaminhamento à emergência:

P0	- Eritrodermia.
-----------	-----------------

Encaminhamento para dermatologia:

P1	<ul style="list-style-type: none">- Quadro extenso que atinge mais de duas regiões do corpo e/ou;- Comprometimento de áreas do corpo interferindo na qualidade de vida e capacidade laboral e que não foi responsivo ao tratamento prévio.
P2	- Quadros refratários ao tratamento.

2. DERMATOZOONOSES

2.1 Escabiose

Dermatose caracterizada por lesões causadas pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*. A fêmea desse ácaro, após fecundada, penetra na camada córnea da pele, cavando um túnel onde deposita seus ovos, morrendo 10 dias após. As larvas que eclodem dos ovos emergem à superfície cutânea onde ocorre novamente a fecundação das fêmeas e assim se repete o ciclo.

Clinicamente as lesões são polimorfas e caracterizam-se por pequenos túneis (ou galerias) retas ou sinuosas e pápulas escoriadas ou mesmo lesões urticariformes. Em climas quentes nem sempre há formação de túneis. As pápulas escoriadas ou até pústulas e crostas são vistas com maior frequência nas mãos, sobretudo nos dedos e interdígitos, punhos, antebraços, axilas, mamas, região inferior do abdome, glúteos e face interna das coxas. Em crianças e idosos pode também atingir couro cabeludo, palmas e plantas dos pés. O prurido é geralmente intenso e tende a se acentuar à noite. Escoriações podem evoluir para piodermite e eczema microbiano.

Figura 11: Escabiose em região abdominal



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 12: Escabiose em membro inferior



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

* **Ivermectina 6mg:** em dose única: 15 a 24kg: 1/2 comprimido; 25 a 35kg: 1 comprimido; 36 a 50kg: 1,5 comprimido.; 51 a 65kg: 2 comprimidos.; 65 a 79kg: 2,5 comprimidos; 80 kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. A dose deve ser repetida 7 a 10 dias após. Evitar em crianças com menos de 15kg, pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento materno.

* **Deltametrina loção tópica 0,2 mg/ml:** opção quando a ivermectina estiver contra indicada ou quando se fizer necessário associá-la à ivermectina, em casos renitentes. Aplicar em todo o corpo à noite, deixar agir por 8 horas e retirar durante o banho pela manhã. Esse procedimento deverá ser repetido após 5 a 7 dias. Não deve ser utilizada em crianças menores de 2 anos de idade, gestantes e durante o aleitamento.

* **Enxofre a 5% ou 10%** em petrolatum, pasta d'água ou emulsão: deve ser aplicado, à noite, por 3 dias consecutivos. Pode ser indicado para gestantes ou crianças abaixo de 2 anos de idade.

Medidas complementares:

As roupas de banho e cama devem ser lavadas com água quente (com temperatura no mínimo a 55°C) ou passadas a ferro.

Pessoas que residem no mesmo domicílio e que tenham sintomas suspeitos de escabiose devem ser concomitantemente tratadas.

Pacientes devem ser afastados do trabalho ou da escola até 24hs após o término do tratamento.

2.2 Pediculose

Trata-se de uma dermatose pruriginosa causada pela infestação de piolhos, insetos hematófagos. Há três espécies que infectam seres humanos: *Pediculus humanus var.capitis*, que causa pediculose no couro cabeludo, *Pediculus humanus var.humanus* que causa pediculose do corpo e *Phthirus pubis* que causa pediculose pubiana.

2.2.1 Pediculose do couro cabeludo

Dermatose pruriginosa no couro cabeludo atingindo sobretudo regiões retroauriculares e couro cabeludo transmitida por contato pessoal.

O inseto causador deposita seus ovos (lêndeas) na haste do cabelo fixando-os com uma substância gelatinosa que se solidifica. A incubação dos ovos dura cerca de uma semana e os insetos atingem a forma adulta em duas semanas. As picadas dos piolhos causam pápulas avermelhadas que podem se tornar escoriadas pela coçadura. Em geral é difícil encontrar os insetos sendo mais fácil identificar as lêndeas que se distinguem de escamas pelo fato de estarem firmemente aderidas ao cabelo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com líquen simples, piodermite primária, eczema microbiano, e mononucleose infecciosa (adenite cervical), tinea do couro cabeludo e dermatite seborreica.

Figura 13: Pediculose em couro cabeludo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

* **Deltametrina** loção tópica ou shampoo 0,2mg/ml: aplicar nos cabelos secos e lavar após 6 horas. Esse procedimento deverá ser repetido 7 dias após. Não deve ser utilizada em crianças menores de 2 anos de idade, gestantes e durante o aleitamento.

* **Ivermectina** 6mg – dose única: 15 a 24kg: 1/2 comprimido; 25 a 35kg: 1 comprimido; 36 a 50kg: 1,5 comprimido; 51 a 65 kg: 2 comprimidos; 65 a 79kg: 2,5 comprimidos; 80kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. A dose pode ser repetida após 10 dias. Deve ser evitada em crianças com menos de 15kg, em pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento.

* As lêndeas devem ser retiradas com aplicação de vinagre de álcool diluído em água em partes iguais (1:1). O uso de um pente fino pode facilitar a remoção. Muito importante o exame e tratamento dos comunicantes e manter as crianças afastadas da escola/creche até a finalização do tratamento adequado.

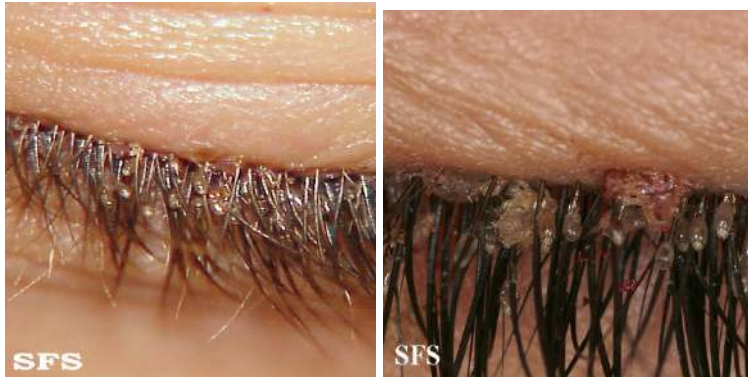
Observação:

- Em crianças abaixo de 2 anos não há tratamento disponível no SUS. Nestes casos, é possível a utilização de permetrina solução tópica 1%, que deve ser aplicada nos cabelos após lavar apenas com xampu normal e secar com toalha. Deve-se cobrir todo o couro cabeludo, área atrás das orelhas e pescoço, deixar agir por 10 minutos e enxaguar após. Esta dose pode ser repetida em 7-10 dias.

2.2.2 Pediculose do corpo

Quadro pruriginoso causado pelas picadas dos piolhos que infestam as roupas, principalmente, de moradores de rua ou pacientes institucionalizados com hábitos de higiene extremamente precários. O quadro clínico consiste em máculas hemorrágicas ou pápulas escoriadas pela intensa coçadura, podendo levar a hiperpigmentação e liquenificação. Os parasitas e ovos podem ser encontrados nas roupas.

Figura 14: Pediculose nos cílios.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

* **Deltametrina** loção tópica 0,2 mg/ml: aplicação em todo o corpo, à noite, podendo ser repetida na persistência dos sintomas

* **Ivermectina** 6mg – dose única: 15 a 24kg: 1/2 comprimido; 25 a 35kg: 1 comprimido; 36 a 50kg: 1,5 comprimido; 51 a 65kg: 2 comprimidos; 65 a 79kg: 2,5 comprimidos; 80 kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. A dose pode ser repetida 7 a 10 dias após. Deve ser evitada em crianças com menos de 15kg, em pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento.

Desinfecção do vestuário e roupas de cama e banho – esta medida é fundamental.

2.2.3 Pediculose pubiana

Ocorre principalmente em adultos jovens de ambos os sexos, e o contágio em geral é por contato sexual, podendo também ocorrer por contato de vestimentas ou objetos que tenham contato com a região acometida.

O quadro clínico caracteriza-se por pápulas eritematosas que podem estar eczematizadas ou escoriadas. Os parasitas encontram-se paralelos ao corpo com a cabeça introduzida nos folículos pilosos, suas garras fixadas na pele e os ovos aderidos aos pelos. Infestações extensas podem acometer pelos em qualquer área do corpo – até mesmo os cílios – exceto no couro cabeludo.

Também denominada de Chato ou fitiríase.

Figura 15 : Pediculose Pubiana.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

É o mesmo utilizado na pediculose do corpo.

Quando há acometimento dos cílios, que pode também ocorrer na pediculose do corpo e do couro cabeludo, deve-se evitar a aplicação de deltametrina nessa região devido ao potencial irritativo. Uma opção é a aplicação de vaselina, várias vezes ao dia, nos cílios acometidos (os parasitas acabam morrendo por hipóxia) ou ivermectina (mesma dose de pediculose do couro cabeludo e do corpo).

* **Ivermectina** 6mg – dose única: 15 a 24kg: 1/2 comprimido; 25 a 35kg: 1 comprimido; 36 a 50kg: 1,5 comprimido; 51 a 65 kg: 2 comprimidos; 65 a 79kg: 2,5 comprimidos; 80 kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. A dose pode ser repetida 7 a 10 dias após. Deve ser evitada em crianças com menos de 15kg, em pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento.

Encaminhamento para dermatologia escabiose e pediculose:

P1	- Paciente com escabiose ou pediculose que não responderam ao tratamento realizado adequadamente (medicação e medidas ambientais).
P2	- Não se aplica.

2.3 Miíase

Infestação da pele por larvas de moscas (dípteros).

Há dois tipos: primárias (miíase furunculóide) e secundárias (miíase cavitária ou em áreas ulceradas).

A miíase furunculóide pode se manifestar por uma pápula ou nódulo com orifício central. A larva (berne) necessita respirar e, portanto, tem um movimento que pode ser observado por uma serosidade que sobe e desce nesse orifício, facilmente identificada se olharmos atentamente a lesão por não mais que 1 minuto.

Na miíase cavitária (quando ocorre nos orifícios naturais) ou na miíase em úlceras onde há tecido necrótico, nota-se a presença de numerosas larvas facilmente observáveis a olho nu.

Não há necessidade de encaminhar as dermatozoonoses para dermatologia.

Figura 16: Miíase. Lesão de pele e larva.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

Miíase furunculóide:

- * **Extração manual com pinça:** deve ser feita com cuidado para evitar o rompimento da larva.
- * **Oclusão do orifício com vaselina ou “toucinho” de porco:** que obriga a larva a sair do orifício para respirar, facilitando a extração física da mesma.
- * **Ivermectina 6mg – dose única:** de 200 mcg/kg de peso – aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. Evitar em crianças abaixo de 15 kg.

Miíase cavitária ou em úlceras: pode-se retirar as larvas com pinça após aplicação de substância anestésica como éter ou, em casos mais difíceis, utilizar a ivermectina em dose única, como descrito acima para miíase furunculóide.

Figura 17: Miíase em úlcera (couro cabeludo).



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento à emergência:

P0	- Lesões extensas ou com infecção secundária (casos graves).
-----------	--

2.4 Larva Migrans (Bicho Geográfico)

Erupção linear serpiginosa, pruriginosa, causada por larvas de helmintos originários de fezes de animais – cachorros ou gatos – que acidentalmente penetram na pele principalmente nos pés, pernas ou nádegas, regiões que habitualmente entram em contato com areia ou terra contaminadas pelas fezes desses animais, mas eventualmente atingindo outras áreas do corpo.

Figura 18: Larva migrans em diferentes regiões do corpo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

* **Ivermectina 6mg**: em dose única de 200mcg/kg de peso – aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso. Evitar em crianças abaixo de 15 kg. Em caso de falha terapêutica após 10 dias, deve ser realizada uma segunda dose.

* **Albendazol**: para adultos e crianças a partir de 2 anos de idade. Em crianças acima de 2 anos, a dose do albendazol é de 10 a 15 mg/kg/dia (dose máxima de 800mg/dia) por 3 dias. Adultos com menos de 60 kg, a dose é de 400 mg/dia por 3 dias; para adultos acima de 60 kg, a dose é de 400 mg, de 12/12 horas, por 3 dias.

* **Tiabendazol pomada a 5%**: friccionar nas lesões 3x/dia por 10 dias – opção para crianças abaixo de 15 kg.

Não há necessidade de encaminhar larva migrans para especialidade.

3. DERMATOSES ERITEMATOESCAMOSAS

3.1 PSORÍASE

Doença de pele relativamente comum, crônica e não contagiosa. Com característica cíclica (sintomas que desaparecem e reaparecem periodicamente), autoinflamatória e com predisposição genética (associada a fatores ambientais ou de comportamento). Não contagiosa e pode acometer articulação (em até 30% dos pacientes), levando à artrite psoriásica, assim como estar associada a doenças cardiometabólicas e gastrointestinais.

Acomete, mais comumente, áreas de atrito como cotovelos, joelhos e região lombar (fenômeno de Koebner). E, com menos frequência, áreas especiais como couro cabeludo e palmoplantar. As lesões se apresentam como placas eritemato-escamosas bem delimitadas, escamas branco-nacaradas/prateadas e as manifestações articulares devem ser objetivamente procuradas em todos os pacientes.

Figura 19: Psoríase.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Instrumentos de avaliação de gravidade:

- **PASI (PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX):**

É um instrumento que avalia a gravidade levando em consideração 3 aspectos: eritema, infiltração e descamação das lesões avaliados por região corporal (cabeça, MMSS, tronco e MMII) graduados de 0 a 4 de acordo com sua intensidade. Os valores atribuídos são somados e multiplicados por fatores que corrigem de acordo com a extensão de acometimento em cada região e com a região corpórea em si que está sendo avaliada. Os valores variam de 0 a 72, e qualquer valor igual ou maior que 10 caracteriza doença grave.

Há calculadoras on-line disponíveis, dentre elas:

<https://www.mdcalc.com/calc/10182/psoriasis-area-severity-index-pasi>

- **DLQI**

É um índice utilizado para várias doenças de pele, inclusive para a psoríase e se propõe a medir o impacto da doença na qualidade de vida do paciente. Seus valores variam de 0 a 30 e valores iguais ou maiores que 10 caracterizam doença grave segundo a interferência na qualidade de vida do doente.

- **SCA (SUPERFÍCIE CORPORAL ACOMETIDA)**

Pode ser estimada usando a “regra dos 9”, a mesma que se usa para cálculo de área comprometida em grandes queimados ou estimando o número de “palmas de mão”, em que cada unidade corresponde a 1% da superfície corporal. Valores iguais ou maiores que 10% caracterizam doença grave.

Esses três 3 índices são utilizados na determinação da gravidade para fins de definição de conduta e prescrição de medicamentos de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde em vigência. Pelo menos um deles deve ser colocado no LME na 1ª solicitação do medicamento na farmácia de alto custo.

Importante ressaltar que os casos leves a moderados correspondem a 80% dos casos e os graves a, aproximadamente, 20%.

Tratamento:

* Uso de **emolientes** (hidratantes, como, por exemplo, loção de ureia a 10%) contínuo.

* **Corticoides tópicos de alta/muito alta potência** (Propionato de clobetasol creme ou solução capilar, aplicar na lesão uma vez ao dia) até remissão das lesões. O uso de corticoide tópico por períodos prolongados, acima de 30 dias, ou em áreas de risco (face, áreas de dobras e áreas extensas) deve ser monitorado pelo médico devido ao risco de atrofia cutânea, infecções cutâneas e absorção sistêmica.

* **Análogos da vitamina D** (calcipotriol pomada, aplicar uma vez à noite) até remissão das lesões.

- Casos leves a moderados (PASI<10 ou DLQI<10 ou SCA<10) podem ser manejados na Atenção Básica com tratamento tópico. Medicamentos tópicos

disponíveis na Farmácia de Alto Custo: Propionato de clobetasol creme e solução capilar e Calcipotriol pomada.

Encaminhamento à emergência:

P0	- Eritrodermia psoriásica (toda a superfície corporal acometida).
----	---

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Casos graves (PASI>10 ou DLQI>10 ou SCA>10).
P2	- Casos leves a moderados (PASI<10 ou DLQI<10 ou SCA<10) sem melhora após 3-6 meses de tratamento adequado .

Encaminhamento para reumatologia:

P1	- Casos suspeitos de Artrite Psoriásica.
----	--

3.2 LÍQUEN PLANO

A prevalência na população é menor que 1% e acomete, principalmente, a faixa etária entre 30 e 60 anos de idade. Não tem predileção por sexo ou etnia e pode ter associação com o vírus da Hepatite C.

O quadro clínico é caracterizado pelos 4 Ps: pápula, pruriginosa, violácea (*purple*) e poligonal. Pode acometer pele, mucosas (bucal e genital), couro cabeludo e unhas. Tem predileção por região anterior do antebraço, cintura pélvica e porção distal dos membros inferiores, podendo ser generalizado e associado com lesões mucosas em 20% dos casos.

Figura 20: Líquen plano.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Tratamento:

* **Corticoterapia tópica** (dexametasona creme 2 x ao dia, nas áreas mais intensamente acometidas, até três tubos por semana (exceto lesões em mucosa oral).

Se prurido, associar anti-histamínico oral (loratadina 10 mg – 1 a 2 x ao dia, até remissão do quadro).

Obs: As lesões bucais suspeitas devem ser direcionadas para avaliação do odontólogo da unidade básica de saúde. O médico assistente solicita uma interconsulta (avaliação) diretamente com o profissional odontólogo que atua no serviço e, se necessário, o gerente da unidade de saúde deve ser acionado. Após essa avaliação, havendo necessidade, o paciente será direcionado para um profissional habilitado em estomatologia (em um segundo momento) - agendamento pelo sistema. Nos casos em que a unidade não dispõe de odontólogo (por motivos diversos), deverá ser enviado email à Regulação em Saúde Bucal (saudebucal@jundiai.sp.gov.br), para seguimento.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Casos mais extensos (>5% SCA)
P2	- Casos leves (< ou = 5% SCA)

3.3 PITIRÍASE RÓSEA

A pitiríase rósea é uma doença inflamatória autolimitada caracterizada como um exantema eritematopapulodescamativo. Sugere-se provável etiologia viral, pode ser precedida de pródromos, é autolimitada, com característica sazonal (mais comum na primavera e outono) com os seguintes vírus relacionados à doença: HHV-6, HHV-7, HHV-8, SARS-COV-2 e H1N1.

As lesões duram de 4 a 12 semanas e 50% (ou mais) dos pacientes apresentam a chamada PLACA MÃE (primeira e maior placa). Após alguns dias há generalização das lesões, que se dispõe com seu maior eixo paralelamente às linhas de clivagem da pele, especialmente em dorso, assumindo um padrão de distribuição chamado “em árvore de Natal”. A erupção se concentra no tronco e em menor intensidade em braços e coxas, com pouca ou nenhuma lesão em antebraços e pernas, raramente em face e pescoço (se presentes, se deve pensar em outra causa para a erupção).

Importante: sempre realizar teste rápido para sífilis em pacientes sexualmente ativos para diagnóstico diferencial.

Figura 21: Pitiríase rósea.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Tratamento:

* Na presença de prurido usar anti-histamínico (loratadina 10mg 1-2x/dia) e corticoide tópico 2x/dia (dexametasona).

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não se aplica.
P2	- Casos que as lesões persistem por mais de 12 semanas.

3.4 DERMATOFITOSE

Micose superficial (camadas superficiais da pele, pelos e unhas) causada por diversas espécies de fungos ceratinofílicos pertencentes aos gêneros *Epidemophyton*, *Tricophyton* e *Microsporum*, com prevalência de 5-25% na população mundial.

Recebem a denominação de *tinha* ou *tinea* acrescido da topografia (do pé ou *pedis*, das mãos ou *manuum*, do couro cabeludo ou *capitis*, da virilha ou *cruris*, das unhas ou *unguium*, da barba ou *barbei*, do corpo ou *corporis*).

Podem ser classificadas de acordo com a fonte de contágio em antropofílicas, geofílicas e zoofílicas.

Figura 22: Dermatofitose em diferentes regiões do corpo.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Figura 23: Dermatofitose em couro cabeludo.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Tratamento:

* *Tinea capitis* e *tinea barbae*: Terbinafina (125 ou 250 mg) - Dose Adultos: 250 mg 1 vez ao dia. Crianças: 10 a 20 kg: 62,5 mg 1 vez ao dia; 20 a 40 kg: 125 mg 1 vez ao dia; > 40 kg: 250 mg 1 vez ao dia. Duração do tratamento: 4 a 6 semanas.

* *Tinea corporis*, *tinea manuum*, *tinea cruris* e *tinea pedis*: Tópico: Cetoconazol creme - 2 x ao dia (de 2 a 4 semanas). Sistêmico: Terbinafina 250 mg/dia por 2 a 4 semanas ou Itraconazol 100 mg: 2 cápsulas 1 x ao dia por 7 dias ou Fluconazol 150 mg/semana (por 4 a 6 semanas).

* Onicomicose (se clínica e história fortemente sugestivas):

- Tratamento tópico: Ciclopirox olamina 8% esmalte qsp 8ml aplicar nas unhas afetadas em dias alternados, lixar as unhas 1x/semana até melhora ou Ciclopirox olamina solução aplicar 1 ou 2 gotas na unha afetada diariamente até melhora, **ou**
- Tratamento oral: Terbinafina 250 mg em regime diário ou intervalar por 3 meses ou Itraconazol 100 mg: 2 cápsulas, 1 x ao dia, por 12 semanas ou 2 cápsulas, 2x ao dia, por 7 dias a cada mês, por 3 a 4 meses (pulsoterapia). Se não houver cura clínica, solicitar enzimas hepáticas e encaminhar para especialidade.

Importante:

- **A solicitação de transaminases antes de iniciar o tratamento está indicada para pacientes idosos, hepatopatas crônicos ou pacientes em uso de outras medicações com potencial hepatotóxico, por exemplo, paracetamol, estatinas, antiinflamatórios não hormonais, rifampicina, Terapia Antirretroviral (TARV), carbamazepina, ácido valpróico, metotrexato, entre outros).**

- **Em casos extensos devem ser associados o tratamento sistêmico, sempre que possível, ao tratamento tópico.**

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não de aplica.
P2	<ul style="list-style-type: none">- Onicomicose com história e clínica duvidosas (início súbito das alterações ungueais ou alterações ungueais estáveis há anos sem resposta a diversos tratamentos antifúngicos anteriores com região plantar e interdígitos sem alterações) ou quando não houver melhora após tratamento por 3 meses. Nesses casos, solicitar exame micológico direto, cultura para fungos e encaminhar.- Demais formas de dermatofitose (<i>tinea corporis</i>, <i>tinea manuum</i>, <i>tinea cruris</i> e <i>tinea pedis</i>) sem resposta após tratamento adequado (de acordo com o protocolo).

3.5 PITIRÍASE VERSICOLOR

Infecção fúngica causada por *Malassezia* spp, tem alta prevalência em regiões de clima tropical e subtropical. Lesões de localização folicular, inicialmente, que podem evoluir com acometimento de áreas extensas. Descamação fina ou “farinácea” que fica mais evidente quando se distende a pele (sinal de Zireli) Lesões hipocrômicas e/ou hiperocrômicas e/ou eritematosas. Alguns fatores relacionados ao hospedeiro podem contribuir para a infecção: a) fatores relacionados a hábitos: gel de cabelo, loções hidratantes, roupas de tecido sintético; b) fatores constitucionais: pele oleosa, sudorese excessiva, predisposição individual; Outros: uso de corticoides tópicos ou sistêmicos.

Forma aguda, recorrente ou crônica.

Figura 24: Pitiríase versicolor.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Tratamento:

- * Cetoconazol xampu manter por 5 minutos antes de enxaguar, aplicar 3 vezes por semana e creme dermatológico (2 x ao dia) por 6 semanas.
- * Tratamento oral (alternativa): Fluconazol 150 mg (2 comprimidos (via oral) em dose única semanal, por 2 semanas).

Pode ocorrer hipocromia residual após tratamento, sem que represente falha do tratamento.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não de aplica.
P2	- Caso recalcitrante (sem resposta efetiva do tratamento) ou recorrente (mais de uma recidiva por ano).

3.6 CANDIDÍASE

Candida é um grupo de, aproximadamente, 160 espécies de leveduras (sendo 15 patogênicas). A *C. albicans* é responsável por cerca de 70 a 80% de todas as infecções. Outras espécies significantes são: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. auris* e *C. dubliniensis*.

Pode se apresentar de forma localizada, disseminada ou sistêmica. Forma interpododáctila é a mais comum em climas tropicais e onicomiose sem paroníquia mais comum em climas frios. A candidíase é mais comum em áreas intertriginosas, como axilas, virilhas e dobras glúteas (por exemplo, assaduras), espaços entre artelhos, glândula do pênis e mamas. A candidíase vulvovaginal é comum em mulheres e em pessoas com obesidade a infecção por *Cândida* pode ocorrer sob a prega abdominal.

A candidíase oral, chamada também de monilíase oral ou sapinho acomete, principalmente, a mucosa da língua e a parte interna da bochecha. É uma infecção da orofaringe provocada pelo fungo *Candida albicans* e embora seja frequente em crianças e idosos, pode ser um sinal de imunossupressão local ou sistêmica. Formas localizadas cutâneas: intertrigo, ungueal e periungueal, dermatite de fralda.

Tratamento:

- * Intertrigo ou balanite: Miconazol tópico 2x/dia por 2-3 semanas ou Fluconazol 150-300mg dose única.
- * Em gestante usar imidazólicos (como o miconazol) tópicos 2x/dia por 2-3 semanas. Está contraindicado o fluconazol oral.
- * Quadros recorrentes ou pacientes imunodeprimidos: Fluconazol 150-300mg por semana, por 4 semanas. Compensar condições metabólicas.
- * Crianças podem utilizar o miconazol tópico como opção terapêutica.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Casos extensos ou produzindo intenso desconforto
P2	- Casos sem resposta ao tratamento

4. DERMATOVIROSES

4.1 HERPES SIMPLES

Os herpesvírus tipo 1 e tipo 2 causam o chamado herpes simples, uma infecção viral comum. O contato com o vírus ocorre geralmente na infância ou adolescência e muitas vezes a doença não se manifesta nesta época. Tendo infecção subclínica (assintomática) ou um único episódio, obtendo resistência ao vírus para toda a vida.

Geralmente, o herpesvírus tipo 1 determina infecção nos lábios e dentro da boca (especialmente na infância, a chamada estomatite herpética ou primoinfecção pelo herpesvírus), enquanto o herpesvírus 2, em geral, determina lesões nos genitais e pode ser adquirido por via sexual, porém não exclusivamente dessa forma.

Esse vírus atravessa a pele, percorre nervo e se instala no organismo de forma inativa, podendo ser reativado. A reativação do vírus pode ocorrer devido a diversos fatores desencadeantes, tais como: exposição à luz solar intensa, fadiga física e mental, estresse emocional ou outras infecções que diminuem a resistência orgânica. As lesões mucocutâneas produzem agrupamentos de vesículas pequenas e dolorosas em uma base eritematosa.

O herpes simples neonatal é transmitido, frequentemente, durante o nascimento, através do contato com secreções vaginais contendo HSV. A infecção neonatal, normalmente, se desenvolve entre a 1ª e a 4ª semana de vida, geralmente, produzindo vesículas mucocutâneas ou envolvendo o sistema nervoso central. Nesse caso o paciente deve ser encaminhado ao hospital.

Tratamento:

* **Aciclovir** 200mg (2 comprimidos) - dose 400mg - via oral 8/8h por 5 a 7 dias.

O aciclovir pode ser usado em qualquer fase da gravidez (categoria B). Se paciente apresentar algum episódio de herpes na gestação estará recomendado o regime supressivo a partir das 36 semanas com aciclovir 400mg (3x/dia) até o parto.

4.2. HERPES ZOSTER

O herpes zoster decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece em latência no sistema nervoso após a infecção primária. A reativação ocorre na idade adulta, e é mais comum em pessoas imunocomprometidas.

O quadro clínico do herpes-zóster é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevralgias, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaléia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção vesicular segue o trajeto de um nervo sensorial ou dermatome. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em duas a quatro semanas.

As complicações são infecção secundária, paralisia de nervos cranianos, envolvimento oftálmico e neuralgia pós-herpética.

Usuários com quadro sugestivo de herpes zoster devem ser avaliados nos Pronto-atendimentos e/ou Pronto-Socorro e /ou Atenção Básica.

Tratamento:

* **Aciclovir** 200mg (04 comprimidos) - dose 800 mg - via oral 5 vezes ao dia (4/4 horas, pulando a dose da madrugada. Por exemplo: 7h, 11h, 15h, 19h, 23h), por 7 dias.

Observações:

- Nos casos graves (disseminados, com acometimento ocular e/ou zoster em paciente imunossuprimido) deve ser indicado tratamento endovenoso com internação hospitalar.

- Se dor neuropática, consultar Protocolo de Neurologia.

- O aciclovir pode ser usado em qualquer fase da gravidez (categoria B).

- Em crianças, a ocorrência de herpes zoster é mais rara e seu tratamento pode ser considerado a depender do aspecto da lesão e fatores do hospedeiro. Caso esteja indicado tratar, o aciclovir é a droga de escolha. Nos adolescentes acima de 12 anos, a dose é a mesma do adulto. Nas crianças entre 2 e 12 anos, a dose recomendada é de Aciclovir por via oral, 20 mg/kg/dose, 4x ao dia, por 7 dias

(máximo 800 mg por dose). Para possibilitar a ingestão oral, deve-se diluir o comprimido de 200mg em 10 ml de água filtrada e calcular a dose por quilo.

4.3 MOLUSCO CONTAGIOSO

Causado pelo vírus do gênero *Poxvirus* sendo mais frequente na infância e, principalmente, em crianças atópicas. Consiste de pápulas, lisas, brilhantes, de cor rósea ou cor da pele normal, apresentando depressão central característica (pápula umbilicada).

Localizam-se, preferencialmente, em axilas, face lateral do tronco, regiões genitais, perianais e face. A transmissão ocorre através de contato físico direto com uma pessoa infectada, fômites (objetos capazes de absorver e reter agentes infectocontagiosos, por exemplo, toalhas ou esponjas, usadas por uma pessoa infectada) ou até água de banho contaminada.

As lesões são autolimitadas e tendem a regredir espontaneamente, sem deixar cicatriz, na maior parte dos casos entre 2 a 4 meses, podendo perdurar por mais tempo sobretudo nos atópicos e imunodeprimidos.

Deve-se considerar que o termo “contagioso”, presente no nome, leva a uma situação habitual que é o medo de contágio, sobretudo no meio escolar. Contudo, é uma doença benigna e que raramente atinge adultos que tenham contato com crianças portadoras do quadro, pois a maioria das pessoas já teve contato com o vírus, na infância, e desenvolveu imunidade rapidamente, não chegando a desenvolver as lesões. Isso é o que ocorre com a maioria das crianças, quando em contato com alguma criança com esta doença. Isso explica que nem todos os que tenham contato venham a desenvolvê-la. Portanto, é importante deixar isto claro para a família.

Tratamento:

A indicação do tratamento do molusco contagioso é controversa, considerando ser uma doença, na maior parte dos casos, autolimitada. Apesar de ser uma condição benigna, as vantagens de indicar o tratamento são: limitar a disseminação

do quadro, reduzir o risco de transmissão, tratar o prurido (se presente) e prevenir possível infecção secundária.

* Como são lesões autolimitadas (regridem em torno de 4 meses), é fundamental acalmar e orientar a família.

* Em alguns casos é feita curetagem pelo dermatologista, porém a decisão de indicar curetagem deve ser tomada com muito critério já que é um procedimento geralmente traumatizante para a criança, exigindo até mesmo, em casos mais extensos, de sedação em ambiente hospitalar. Se considerarmos que é frequente a recidiva, repetir este procedimento – considerando também que se trata de doença benigna que se cura espontaneamente na maioria dos casos – deveria ser proposto como exceção, em casos muito bem selecionados.

* Uma opção tópica e de baixo custo é o Hidróxido de potássio (manipulado): KOH 5% - solução aquosa qsp 10 ml, aplicar nas lesões com cotonete 1x/dia até formação de crostícula. Atentar ao risco de dermatites e lesões cicatriciais pelo efeito corrosivo quando mal utilizados.

Medidas de controle: informar quanto à etiologia e à natureza benigna da doença; orientar para evitar traumas, coçaduras e tratamentos intempestivos devido a autoinoculação; evitar contato pele a pele, principalmente entre crianças; e incentivar outros familiares e contatos extradomiciliares com quadro semelhante para uma consulta médica.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não se aplica.
P2	- Casos sem melhora após 6 meses.

4.4 VERRUGAS

Placas ou pápulas hiperkeratóticas, principalmente por infecção por HPV tipos 1 e 2 nas verrugas vulgares e por HPV 3 e 10 nas verrugas planas. A infecção leva ao aumento do turnover celular e conseqüente hiperqueratose. As localizações mais comuns são dedos, mãos, pés e também joelhos e cotovelos.

Tratamento na Atenção básica:

- Ácido Salicílico 0,20 g/ml + Ácido Láctico 0,15 g/mL solução para uso domiciliar – proteger a pele ao redor antes da aplicação, aplicar quatro camadas do produto e ocluir. Realizar uma vez ao dia, até o desaparecimento total da lesão, que pode variar de 1 a 3 meses.
- Aplicação de Ácido tricloroacético (ATA) 80% na UBS (**Não usar em criança e não pode ser aplicado em face**) : Primeiramente, deve orientar o paciente sobre o possível desconforto no local da aplicação do ácido. Deve-se certificar que o mesmo será aplicado somente nas verrugas, sem haver contato com a pele ao redor, utilizando um palito sem ponta com algodão aderido à sua extremidade ou haste flexível (cotonete). A queda da verruga ocorre espontaneamente após alguns dias. Pode reavaliar e reaplicar após 30 dias.

Figura 25: Verruga.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

4.4.1 Condilomatose

Condiloma é uma infecção causada pelo vírus HPV, conhecidos como verrugas genitais, podem ocorrer em vulva, vagina, colo uterino, períneo e região anal.

Cumpra considerar, ainda, que a presença de verrugas genitais atua como "marcador" de IST, pois estima-se que 20% das pessoas com verrugas anogenitais tenham uma IST simultânea, incluindo clamídia, infecção pelo HIV e sífilis. Por conseguinte, o rastreamento de outras IST deve ser orientado. A infecção pela clamídia, quando associada ao HPV, além de dificultar o tratamento dos condilomas, facilita a progressão das lesões. Deve-se investigar e eliminar, sempre que possível, fatores imunossupressores como hábito de tabagismo, controle inadequado do diabetes mellitus e outras enfermidades, além de rastrear lesões precursoras do câncer e atualizar o exame de Papanicolau, quando estiver na faixa etária pertinente. O uso do preservativo, por sua vez, abrevia o processo de eliminação viral, promove maior regressão de lesão e diminui a chance de recidiva dos condilomas. O rastreamento e a notificação de parcerias sexuais não é recomendado, mas o exame das parcerias sexuais atuais deve ser considerado, sobretudo com o objetivo de rastrear outras IST.

Podem causar dor e/ou prurido, mas alguns casos são assintomáticos. Como alguns casos são assintomáticos, é importante a inspeção visual da região genital e todo exame físico. O diagnóstico é realizado através da associação de queixa e exame físico.

Tratamento:

O objetivo do tratamento é a eliminação das lesões (verrugas). Se não tratadas, as verrugas podem desaparecer, se manter ou aumentar em tamanho ou número. Tipos de tratamento: Ácido tricloroacético (ATA), crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, imiquimode, interferon, vaporização a laser e retirada cirúrgica. E sua escolha depende da disponibilidade e tamanho da lesão.

No município temos disponível o ATA 80% e nas lesões mais extensas pode ser optado por eletrocoagulação em centro cirúrgico.

Nas gestantes, as verrugas podem atingir grandes proporções, em virtude das alterações de vascularização, hormônios e imunologia devido às alterações gravídicas. Dessa forma, na identificação da lesão, o tratamento deverá ser priorizado.

O ácido tricloroacético (80% a 90%), por apresentar boas taxas de cura (50%-81%) e não ser absorvido sistemicamente constitui terapia de primeira linha em gestantes com lesões pequenas ou em pouca quantidade.

Este procedimento é de baixa complexidade podendo ser realizado na Atenção primária após orientação da paciente e cuidados com a administração do ATA.

Modo de uso:

O ácido tricloroacético (ATA) é um agente cáustico que destrói as verrugas através da coagulação química de seu conteúdo proteico. As soluções disponíveis são aquosas, muito fluidas, podendo escorrer pelo tecido sadio adjacente à lesão.

É aconselhado que o médico aplique a solução de ATA nas verrugas. Primeiramente, deve orientar o paciente sobre o possível desconforto no local da aplicação do ácido. Deve-se certificar que o mesmo será aplicado somente nas verrugas, sem haver contato com a pele ao redor, utilizando um palito sem ponta com algodão aderido à sua extremidade ou haste flexível (cotonete). Poucos minutos após a aplicação, o condiloma muda sua coloração rósea característica, tornando-se esbranquiçado e com aspecto ressequido. A queda da verruga ocorre espontaneamente.

A sessão de cauterização com o ATA pode ser repetida semanalmente enquanto ainda persistirem as verrugas e a resposta inadequada desta terapêutica indica remoção cirúrgica dos condilomas.

Nas mulheres com condilomatose vulvar, se não houver melhora após cinco sessões, encaminhar para avaliação da equipe de colposcopia no ambulatório da saúde da mulher.

Importante:

* O uso de preservativos deve ser estimulado por ser o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HPV, bem como de outras ISTs. Assim, oportunizar sempre a testagem para ISTs para paciente e parceiro.

* Vacina HPV disponível no SUS está recomendada para:

- Criança e adolescentes imunocompetentes de 9 a 14 anos, dose única;
- Idade de 15 a 19 anos imunocompetentes não vacinados- dose única. Esta estratégia será por tempo determinado. A data do encerramento será definida pela Secretaria Estadual da Saúde;
- Idade de de 9 a 45 anos vítimas de violência sexual (2 ou 3 doses dependendo da idade);
- Idade de 9 a 45 anos nas indicações especiais (com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea, em uso de drogas imunossupressoras, imunodeficiência primária ou erro inato da imunidade, paciente oncológico com doença em atividade ou até alta médica) - esquema de 3 doses;
- Idade de 15 a 45 anos em usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) ao vírus HIV, esquema de 3 doses;
- A partir de 2 anos: portadores de papilomatose respiratória recorrente (PRR), esquema de 3 doses.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Verruga plantar com dor associada.
P2	- Verruga sem melhora após 3 meses de tratamento - Verruga em face.

Obs: Homem com lesão sugestiva de condiloma acuminado deve ser encaminhado ao ambulatório de IST masculina, através do email do AMI (ami.regulacao@jundiai.sp.gov.br).

5. PIODERMITES

5.1. IMPETIGO

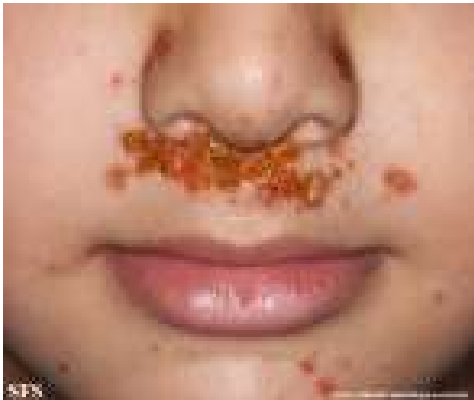
Infecção bacteriana superficial da pele (epidérmica).

Agentes mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus pyogenes*. A forma mais comum é a não bolhosa, mais frequente em crianças. O quadro se inicia geralmente com mácula eritematosa e, posteriormente, forma-se vesícula ou pústula, que pode culminar com crostas melicéricas. As localizações mais comuns são extremidades e face.

Pode evoluir com Glomerulonefrite Aguda Pós Estreptocócica, em pequena porcentagem de casos (2 a 5%), sendo que o uso de antibióticos não previne essa complicação.

Na forma bolhosa, há bolhas flácidas com posterior ruptura e descamação. Mais comum em extremidades, face, tronco, períneo e axilas. Pode complicar com celulite ou artrite.

Figura 26: Impetigo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tratamento:

* Bacitracina + Neomicina pomada (antibiótico tópico): Aplicar na lesão 2-3 x ao dia por 7 a 14 dias. O tratamento tópico é recomendado para casos leves, lesão pequena em número e tamanho.

* Antibióticos sistêmicos (primeira escolha) em lesões disseminadas ou imunossuprimidos

Adultos:

- Cefalexina (500mg): tomar 1 cp, via oral, de 6/6 h, por 10 dias **ou**
- Amoxicilina + Clavulanato (500+125 mg): tomar 1 cp, via oral, de 8/8h, por 10 dias.

Crianças:

- Cefalexina (250 mg/5 ml): 50 mg/kg/**dia**, via oral, dividido a cada 6h, 10 dias **ou**
- Amoxicilina + Clavulanato (250+62,5mg/5ml): calcular 50mg/kg/**dia** (referente à dose de amoxicilina), via oral, dividido a cada 12h, por 10 dias.

* Antibióticos sistêmicos (segunda opção) em lesões disseminadas ou imunossuprimidos:

Adultos:

- Sulfametoxazol-Trimetoprima (400/80mg): tomar 02 cp, via oral, 12/12hs, 10 dias **ou**
- Azitromicina (500mg): tomar 1 cp, via oral, 1x ao dia, por 5 dias.

Crianças:

- Sulfametoxazol-Trimetoprima (200+40mg/5ml): calcular 12mg/kg/**dia** (referente à dose de trimetoprima), dividido a cada 12h, por 10 dias **ou**

→ Azitromicina (200 mg/5 ml): 10 mg/kg/**dia**, via oral, 1x ao dia, 5 dias.

* Quando prurido associado: anti-histamínicos (Loratadina 10 mg ao dia em adultos, ou Dexclorfeniramina 2 mg até de 8/8 horas em adultos).

Obs: Lesões secretantes devem ser cobertas pelo risco de transmissão. A cicatrização espontânea é rara.

Encaminhamento à emergência:

P0	- Lesões disseminadas com sintomas sistêmicos
-----------	---

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não se aplica
P2	- Quadros recorrentes de impetigo

5.2. FURÚNCULO E ANTRAZ

Infecções foliculares progressivas que se estendem para além do folículo piloso, com reação inflamatória intensa e necrose. Inicia com nódulo eritematoso quente, evolui com flutuação, ponto purulento e posterior eliminação de pus. O Antraz consiste na infecção de vários folículos pilossebáceos próximos. O principal agente é o *Staphylococcus aureus* e o diagnóstico é clínico.

Tratamento:

* Higiene local e curativo com gazes, se secreção. O calor local pode facilitar a drenagem espontânea. Não realizar expressão nem drenagem precoce, somente drenar se ocorrer flutuação.

* Antibióticos sistêmicos (primeira escolha):

Adultos:

- - Cefalexina (500mg): tomar 1 cp, via oral, de 6/6 h, por 10 dias
ou
- - Amoxicilina + Clavulanato (500+125 mg): tomar 1 cp, via oral, de 8/8h, por 10 dias.

Crianças:

- Cefalexina (250 mg/5 ml): 50 mg/kg/**dia**, via oral, dividido a cada 6h, 10 dias **ou**
- Amoxicilina + Clavulanato (250+62,5mg/5ml): calcular 50mg/kg/**dia** (referente à dose de amoxicilina), via oral, dividido a cada 12h, por 10 dias.

* Antibióticos sistêmicos (segunda opção):

Adultos:

- Sulfametoxazol-Trimetoprima (400/80mg): tomar 02 cp, via oral, 12/12hs, 10 dias **ou**
- Ciprofloxacino (500mg): tomar 1 cp, via oral, 12/12h, por 10 dias.

Crianças:

- Sulfametoxazol-Trimetoprima (200+40mg/5ml): calcular 12mg/kg/**dia** (referente à dose de trimetoprima), dividido a cada 12h, por 10 dias.

* Casos de lesões em face ou mais graves encaminhar para antibioticoterapia endovenosa.

Figura 27: Furúnculo/antraz.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento à emergência:

P0	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões em face. - Casos com sintomas sistêmicos.
-----------	---

Encaminhamento para dermatologia:

P1	<ul style="list-style-type: none"> - Quadros recorrentes (3 episódios ou mais em 1 ano) de furúnculo (furunculose) e antraz
P2	<ul style="list-style-type: none"> - Não se aplica

5.4. ERISPELA E CELULITE:

A Erisipela é uma infecção bacteriana da derme, geralmente ocasionada por *S. aureus*, *Streptococcus betahemolítico* ou bactérias anaeróbias. Acomete, principalmente, membros inferiores, mas também pode acometer face, membros superiores. A lesão mostra área edemaciada, quente, eritematosa e de bordos definidos.

Já a celulite consiste em infecção bacteriana que acomete derme e tecido subcutâneo. A maioria dos casos é causada por *S. aureus*, *S. pyogenes*, estreptococos do grupo A, em adultos principalmente em membros inferiores, em crianças mais comum em face e cervical – nesses casos é comum ser causada por *Haemophilus influenzae* tipo B. Apresenta área eritematosa, quente e dolorosa com bordas sem limites precisos.

Podem acometer sistema venoso e linfático, apresentar linfadenopatia regional ou linfangite. Os fatores de risco incluem diabetes mellitus, insuficiência vascular periférica, obesidade, safenectomia, presença de intertrigo ou úlceras.

Tratamento:

* Antibióticos sistêmicos (primeira escolha):

Adultos:

- Cefalexina (500mg): tomar 1 cp, via oral, de 6/6 h, por 10-14 dias **ou**
- Casos especiais, diabéticos: Amoxicilina + Clavulanato (500+125 mg): tomar 1 cp, via oral, de 8/8h, por 10-14 dias.

Crianças:

- Cefalexina (250 mg/5 ml): 50 mg/kg/**dia**, via oral, dividido a cada 6h, 10-14 dias **ou**
- Casos especiais, diabéticos: Amoxicilina + Clavulanato (250+62,5mg/5ml): calcular 50mg/kg/**dia** (referente à dose de amoxicilina), via oral, dividido a cada 12h, por 10-14 dias.

* Antibióticos sistêmicos (segunda opção):

Adultos:

- Ciprofloxacino (500mg): tomar 1 cp, via oral, 12/12h, por 10 dias **associado a** Clindamicina (300 mg) 2 cp, via oral, 6/6h, 10 dias

Evoluções favoráveis em 80% dos casos se início precoce do tratamento ambulatorial. No caso de febre tende a ceder em 48 a 72 horas , melhora em geral entre quarto e sexto dia, com resolução em 2 semanas. É muito importante também controlar os fatores de risco.

Nos casos refratários, pacientes imunodeprimidos, lesões em face ou casos com complicações encaminhar para hospital para antibioticoterapia endovenosa. Atentar para complicações com ocorrência de abscesso, necrose e trombose venosa profunda.

Figura 29: Erisipela



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 28: Celulite



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento à emergência:

P0	<ul style="list-style-type: none">- Imunossuprimidos e/ou- Lesões em face e/ou- Casos com complicações (abscesso, trombose venosa profunda ou necrose)- Infecções com sintomas sistêmicos (sepse)
-----------	--

Encaminhamento para dermatologia:

P1	<ul style="list-style-type: none">- Quadros recorrentes de erisipela ou celulite (3 episódios ou mais em 1 ano)
P2	<ul style="list-style-type: none">- Não se aplica.

5.5. FASCIÍTE NECROSANTE

Infecção após processo de perda da barreira cutânea, com necrose do tecido subcutâneo e fáscia muscular, de rápida progressão. Pode ser fatal. Mais comum em membros inferiores, parede abdominal e períneo (Gangrena de Fournier). Tem como fatores de risco diabetes mellitus, tabagismo, etilismo, obesidade, imunossupressão e insuficiência vascular periférica.

O quadro pode iniciar com eritema e edema local, porém já apresenta dor forte, evoluindo com alterações vasculares locais, podendo haver bolhas, necrose e toxemia.

É um tipo grave de infecção, devendo ser encaminhada para avaliação em PS.

Encaminhamento para dermatologia não se aplica, deve-se encaminhar à emergência os casos abaixo:

P0	<ul style="list-style-type: none">- Todos os casos de fasciíte necrosante
-----------	---

6. ACNE





Corresponde à inflamação da unidade pilossebácea e acomete 80% da população, principalmente, em face e dorso. O pico ocorre entre 11 e 24 anos (tendência de início nos meninos aos 13-14 anos e meninas aos 11-13 anos) e quadros de início mais precoce podem indicar chance de evolução com maior gravidade. Em mulheres acima de 25 anos (considerada acne da mulher adulta) acomete mais o terço inferior da face e, na minoria dos casos, tem relação com causas hormonais patológicas (por exemplo, Síndrome do Ovário Policístico). Merece investigação quando associada a sintomas como hirsutismo e irregularidade menstrual.

Pode ter relação com a dieta: piora com alimentos de alto índice glicêmico e dietas ricas em leite e derivados.

Fisiopatologia: Hiperqueratinização folicular - Colonização pelo *Propionibacterium acnes* (bactéria Gram +) - Hipersecreção sebácea + alteração da qualidade do sebo

Medicamentos comuns indutores de acne: Corticosteróide, Ciclosporina, Fenitoína, Dissulfiram, Lítio, Psoralenos, Isoniazida, Vitaminas B2, B6 e B12, Andrógenos (danazol, testosterona), Azatioprina

Graus:

1- Comedônica	 <p>SFS</p>
2- Pápulo pustulosa	 <p>SFS</p>
3- Nódulo cística	 <p>SFS</p>
4- Conglobata	 <p>SFS</p>

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Orientações gerais

A acne tem um caráter recorrente ao longo do tempo, por isso a terapia de manutenção e o cuidado com a pele é importante. Orientações dietéticas para reduzir

o consumo de laticínios e carboidratos apresentam benefício incerto. As seguintes medidas devem ser orientadas para o cuidado da pele:

- Lavar o rosto duas vezes por dia com sabonete neutro e água em temperatura ambiente;
- Evitar a lavagem vigorosa nas áreas com acne (aumenta o risco de dermatite irritativa) ou a utilização de sabonetes abrasivos, produtos esfoliantes ou adstringentes.
- Evitar uso excessivo de cosméticos e optar por produtos não comedogênicos (produtos sem óleo).
- Orientar uso regular de protetor solar, pois reduz a chance de hiperpigmentação pós inflamatória.
- Não manipular as lesões com acne pois aumenta a chance de formar cicatrizes

Tratamento:

Tópico

* Retinóides tópicos (adapaleno em gel a 0,1%): aplicar na pele limpa e seca a noite, lavar pela manhã e aplicar o protetor solar. Inicialmente por 3 meses e reavaliar.

* Ácido Salicílico, também presente em sabonetes específicos, lavar o rosto 2 vezes ao dia.

Sistêmico (será prescrito pelo dermatologista)

* Antibióticos sistêmicos são indicados para casos moderados a graves, ou que acometem grandes áreas, inviabilizando a terapia tópica.

Os mais utilizados são a classe das Tetraciclina (Doxiciclina) – inibem crescimento ósseo e podem causar amarelamento dos dentes em crianças menores de 10 anos. Doxiciclina pode ser usada na dose de 50 mg via oral de 12/12 horas, por 8 a 12 semanas. Alternativa: pulso de Azitromicina. Usa-se 500 mg/dia por 3 dias consecutivos, com pausa de 7 dias, novo pulso de 3 dias com 500 mg/dia, nova

pausa de 7 dias, mais um pulso de 500 mg/dia por 3 dias. (totalizando 3 ciclos). Não deve ser usada em menores de 12 anos.

Em casos de acne da mulher adulta pode ser usada também espirolactona pela sua ação antiandrogênica (dose de 50 a 100 mg/dia), por pelo menos 3 meses.

* Retinóides orais (Isotretinoína): para casos de acne grave (indicação, em geral, nos graus 3 e 4, ou com acometimento extenso - de face e corpo, sem resposta a antibióticos orais) . Medicação disponível na Farmácia de Alto Custo. Extremamente teratogênica. Efeitos colaterais: ressecamento labial e oftálmico em quase todos os pacientes, podendo cursar com alteração de enzimas hepáticas, aumento de triglicerídeos e dores musculares.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Acne graus 3 e 4.
P2	- Acne graus 1 e 2 sem resposta ao tratamento tópico por pelo menos 6 meses

7. BULOSES

Grupo de doenças que pode apresentar bolhas cutâneas e mucosas, podendo evoluir com ulcerações e descolamento epidérmico. Podem ocorrer em diversos níveis histológicos, desde a camada subcórnea, intraepidérmicas até subepidérmicas. O diagnóstico envolve quadro clínico, biópsia e, frequentemente, imunohistoquímica. Sempre encaminhar para dermatologia.

O tratamento é feito de acordo com a gravidade, desde corticóides tópicos até imunossupressores orais. Nos casos mais graves e refratários há ainda a opção de uso de imunobiológicos. São exemplos desse grupo de doenças os Pênfigos (Vulgar e Foliáceo), Dermatite Herpetiforme (associada com intolerância ao glúten), Epidermólise Bolhosa, entre outras.

Figura 29: Pênfigo foliáceo.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 30: Penfigóide Bolhoso.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 31: Dermatite Herpetiforme.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento à emergência:

P0	<ul style="list-style-type: none">- Acometimento extenso e/ou- Acometimento de mucosas que levam a dificuldade de deglutição ou disúria e/ou- Infecção secundária com sintomas sistêmicos
-----------	---

Encaminhamento para dermatologia:

P1	<ul style="list-style-type: none">- Todos os casos
P2	<ul style="list-style-type: none">- Não se aplica

8. LESÕES E TUMORES BENIGNOS

8.1. TUMORES BENIGNOS

Estão entre as causas dermatológicas mais frequentes de procura ao consultório e muitas vezes o simples esclarecimento da natureza benigna das lesões satisfaz o paciente e elimina sua preocupação em relação às mesmas.

8.1.1. Acrocordon

Acrocórdons, também conhecidos como pólipos fibroepiteliais, são pequenas lesões da pele, normalmente da mesma cor, benignas e assintomáticas. São mais comuns no pescoço, na virilha e nas axilas. Muitas vezes relacionados com resistência à insulina, podendo sinalizar um estado pré-diabético. A única complicação é a possibilidade de torção do pedículo por trauma local levando a necrose causando dor e eliminação espontânea da lesão.

Figura 32: Acrocordon.



Fonte: logicalimages.com

8.1.2. Queratose seborreica

Pápulas verrucosas acastanhadas e múltiplas atingindo face, pescoço e tronco. Surgindo mais comumente a partir da quarta década de vida. Dermatose papulosa

nigra é uma forma especial na qual as lesões são menores (1-2mm) e múltiplas.

Figura 33: queratose seborreica



Fonte: logicalimages.com

8.1.3. Dermatofibroma

Nódulos acastanhados ou cor da pele, único ou múltiplos atingindo mais comumente mulheres e membros inferiores, de consistência firme. Uma característica semiológica importante que pode estar presente é o sinal da abotoadeira (depressão formada ao pinçamento da lesão entre dois dedos).

Figura 34: Dermatofibroma.



Fonte: logicalimages.com

Figura 35: Sinal da abotoadeira.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.1.4. Cisto epidérmico

Cisto cutâneo mais comum, que se apresenta como nódulo cor da pele, geralmente com “ponto preto” atingindo, mais frequentemente, face e tronco. As possíveis complicações são a inflamação e infecção secundária. Quando infectadas, tratar com cefalexina 500mg de 6/6h por 7 dias ou ciprofloxacina 500mg 12/12h por 7 dias, se alergia à cefalexina.

Figura 36: Cisto epidérmico.



Fonte: logicalimages.com

8.1.5. Lipoma/angioliipoma

Tumores mesenquimais mais frequentes que se apresentam como nódulos subcutâneos único ou múltiplos de 0,5-5,0 cm de diâmetro, tem consistência branda, movem-se livremente sob a epiderme, atingindo mais comumente nuca, antebraços, coxas, dorso e nádegas.

Figura 37: Lipoma.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.1.6. Angioma Rubi ou Senil

Proliferação vascular adquirida mais comum. Geralmente são lesões múltiplas em tronco que podem sangrar em caso de trauma não sendo necessário tratar.

Figura 38: Angioma Rubi.



Fonte: logicalimages.com

8.1.7. Granuloma piogênico

Tumor cutâneo vascular mais comum no adulto, formado por proliferação de capilares e vênulas de crescimento rápido e sangramento fácil. Comumente secundário a trauma e é comum na gestação atingindo, principalmente, a mucosa gengival. Os principais diagnósticos diferenciais são: sarcoma de Kaposi, angiomatose bacilar, melanoma amelanótico, carcinoma de células escamosas.

Figura 39: Granuloma Piogênico



Fonte: logicalimages.com

8.1.8. Lago venoso

Ectasia cística de cor vermelho-azulada, correspondendo a vênula dilatada, mais comum em lábio inferior, pode também estar no lábio superior, orelha ou face de idosos

Figura 40: Lago Venoso.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Encaminhamento para dermatologia dos tumores benignos:

P1	- Granuloma Piogênico.
P2	- Cisto epidérmico com infecção prévia. - Lipoma associado à dor local.
P3	- Se o paciente deseja remover ou se há dúvida diagnóstica.

8.2. LESÕES PIGMENTADAS/ MELANOCÍTICAS BENIGNAS

8.2.1. Efélides ou sardas

Manchas acastanhadas com 2-4 mm de diâmetro, pele fototipo I ou II início na infância, com predomínio em áreas expostas, acentuam-se com exposição solar. Síndromes associadas a lentiginose: xeroderma pigmentoso, s. cockayne, d. kitamura, s. peutz-jeghers.

Figura 41: Efélides ou sardas.



Fonte: logicalimages.com

8.2.2. Lentigo simples

Manchas acastanhadas arredondadas (5mm), atividade melanocítica aumentada, início na infância, persistente, sem predileção por área exposta.

Figura 42: Lentigo simples.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.2.3. Mácula melanocítica labial ou genital

Mancha acastanhada (marrom ao negro) em vermelhão do lábio inferior, mucosa bucal e genitália

Figura 43: Mácula Melanocítica.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.2.4 Nevo de Becker

Surge na fase pré-puberal e puberal, acomete mais homens que mulheres, segundo alguns trabalhos, numa proporção de 5:1, atinge principalmente a porção superior do tronco e, menos frequentemente, porção inferior do tronco, coxa ou outras regiões do corpo. Associa-se à hipertricose em, aproximadamente, 50% dos casos.

Figura 44: Nevo de Becker.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.2.5. Lentigo solar

Manchas acastanhadas arredondadas ou ovais (3mm-2 cm), localizadas em áreas fotoexpostas, atingindo mais comumente pessoas de pele clara cronicamente expostas ao sol. Se durante a evolução houver mudança de formato, cor ou relevo deve-se encaminhar a dermatologia como prioridade.

Figura 45: Lentigo solar.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

8.2.6. Nevo de Ota

Melanocitose dérmica que atinge o território de inervação do 1º e 2º ramos do nervo Trigêmeo, acometendo mais frequentemente pessoas de ascendência asiática (1:1000 no Japão) e mulheres numa proporção de 4:1 em relação aos homens em algumas séries. Em 50% dos casos, surge no 1º ano de vida e em 10% casos é bilateral. Os casos de Nevo de Ota devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica

Figura 46: Nevo de Ota.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Os pacientes portadores dessas lesões melanocítica benignas citadas acima devem ser apenas orientados quanto ao caráter benigno das mesmas e a importância das medidas gerais de cuidados com a pele, incluindo as medidas de fotoproteção, EXCETO:

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Lentigo solar com mudança de formato, cor ou relevo.
P2	- Lentigos solares (lesões múltiplas), se associados a Queratoses Actínicas e/ou em pacientes com Fototipo I/II (pele clara e olhos claros)

8.2.7. Nevo melanocítico congênito

Presentes ao nascimento ou nos primeiros meses de vida. Surgem devido a uma proliferação clonal de melanócitos benignos. Podem ser classificados de acordo com suas dimensões: Pequeno: menor que 1,5 cm; Médio: entre 1,5 - 20cm (Risco Melanoma < 1%) Grande: >20-40 cm; Gigante >40cm (Risco Melanoma 2-8%).

Figura 47: Nevo Melanocítico Congênito.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não de aplica.
P2	- Todos os casos de nevo melanocítico congênito.

8.2.8. Nevos “comuns” ou nevos melanocíticos (NMCs) adquiridos

Proliferação clonal benigna pós nascimento relacionada a fatores genéticos ou exposição solar. São classificados de acordo com suas características anatomoclínicas em NMCs juncionais, compostos e intradérmicos.

Figura 48: Nevos Comuns.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

Encaminhamento para dermatologia das lesões pigmentadas benignas :

P1	- Não de aplica.
P2	- Mais de 20 lesões ou se história de melanoma em parente de 1º grau.
P3	- Menos de 20 lesões com algum tipo de incômodo.

9. LESÕES E TUMORES MALIGNOS

9.1 LESÕES PRECURSORAS

Queratose actínica (QA)

É uma lesão precursora de baixo risco para carcinoma espinocelular (CEC). São mais comuns em pacientes de pele clara com histórico de exposição solar crônica. A presença de múltiplas QAs pode ser considerada fator de risco para CEC e Carcinoma Basocelular (CBC) e, por esse motivo, esses pacientes devem ser acompanhados e monitorados.

Figura 49: Queratose actínica.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

9.2 CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA

Correspondem a 30% dos casos de câncer no Brasil e, em geral, têm baixa letalidade mas podem causar significativa morbidade.

9.2.1. Carcinoma basocelular (CBC)

Origina-se a partir de células pluripotenciais do bulge do folículo pilosebáceo. Surge na grande maioria dos casos devido a ação cumulativa da radiação UVB, acometendo a face em aproximadamente 60% dos casos, embora qualquer outra região do corpo, inclusive áreas cobertas e áreas de dobras possam ser atingidas. Clinicamente a lesão que representa aproximadamente 70% dos casos é uma pápula de aspecto perláceo com centro deprimido recoberto por crosta ou ulcerado, o chamado CBC nodular ou nóduloulcerativo, mas existem outras formas clínicas menos comuns como o CBC superficial e o CBC esclerodermiforme.

Figura 50: Carcinoma Basocelular.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

9.2.2. Carcinoma espinocelular (CEC)

Origina-se a partir dos ceratinócitos epidérmicos, atingindo principalmente áreas fotoexpostas de indivíduos de pele clara, com sinais de fotodano crônico. Podem ainda surgir a partir de lesões preexistentes como cicatrizes extensas (queimaduras), úlceras crônicas (úlceras venosas de membros inferiores), lesões produzidas por HPV (em mucosas ou em portadores de imunossupressão intensa).

Figura 51: Carcinoma Espinocelular.



Fonte: www.uptodate.com/contents/search

9.3 MELANOMA CUTÂNEO

Tumor maligno originado dos melanócitos que responde por 75-90% das mortes relacionadas a câncer de pele. Os principais fatores de risco são história de queimadura solar na infância e adolescência ou exposição solar intensa, indivíduos de pele clara e olhos claros, pessoas com mais de 50-100 NMCs comuns, presença de um ou mais NMCs displásicos e antecedente pessoal de melanoma ou antecedente familiar em parentes próximos. Sua localização mais comum é em dorso nos homens e em membros inferiores nas mulheres.

REGRA “ABCDE”

- A) ASSIMETRIA: metades distintas
- B) BORDA: irregular
- C) COR: tonalidades de marrom, preto, cinza, azul, vermelho e branco
- D) DIÂMETRO: maior que 5mm
- E) EVOLUÇÃO: crescimento em diâmetro e espessura (Pápula, Nódulo ou Vegetação)

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Todos os casos suspeitos de câncer.
P2	- Queratose actínica.

10. QUEDA DE CABELO

10.1 EFLÚVIO TELÓGENO

Causa mais comum de queda de cabelos. Ocorre por alteração no crescimento cíclico dos cabelos que passam em maior porcentagem para fase telógena. Diversas causas: infecções (como COVID), estresse, cirurgias, picos febris, pós parto, emagrecimento, tireoidopatias. Pode ocorrer perda de 25 a 50% do cabelo após 2 a 3 meses do fator desencadeante.

Investigar com laboratorial: hemograma (avaliar anemias), ferro, ferritina (em casos de queda de cabelo orienta-se manter um valor maior de 60), TSH e B12.

Tratamento na atenção básica: Tratamento da condição desencadeante, a melhora demora em torno de 6 meses.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não se aplica
P2	- Casos mantendo eflúvio há mais de 1 ano ou - Rarefação capilar acentuada (facilmente notada)

10.2 ALOPECIA AREATA

Pode se apresentar de forma localizada (couro cabeludo, sobrancelhas, corpo) ou evoluir de forma universal, com o surgimento de placas de alopecia de início abrupto, lisas, em geral, circulares.

Cerca de 80% dos casos regridem em até um ano e além do fator hormonal, outras possíveis causas para o distúrbio são: fatores genéticos, imunológicos, ambiental, estresse emocional, infecções virais e doenças autoimunes (mais comum são as tireoideanas). Pode apresentar alterações ungueais associadas, como *pittings* ungueais (unha em dedal) e onicólise.

Tratamento na atenção básica: corticóides tópicos (dexametasona creme 2x/dia) inicialmente por 60 dias podendo se prolongar por até 90 dias, e avaliar a condição emocional que pode ser o fator desencadeante.

Figura 52: Alopecia Areata.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Casos extensos acometendo mais de 50% do couro cabeludo.
P2	- Casos que não responderam ao tratamento (ausência de reponta franca) após 90 dias.

10.3 ALOPECIA DE TRAÇÃO

Ocorre pelo uso frequente de penteados com tração como rabo de cavalo e tranças. Em geral, determinam uma diminuição de cabelos na área frontal.

Tratamento consiste em reduzir a tração. Se mantida por muito tempo pode evoluir com alopecia cicatricial.

Figura 53: Alopecia de tração.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

10.4 ALOPECIA ANDROGENÉTICA

Alteração genética poligênica que resulta em alteração do ciclo folicular dos cabelos, com miniaturização dos fios. Há um aumento da atividade da enzima 5 alfa redutase e da dihidrotestosterona.

Pode acometer homens e mulheres. Nos homens acomete mais a região bitemporal e vértex couro cabeludo, nas mulheres em geral causa afinamento difuso dos cabelos.

Tratamento:

- Homens: Finasterida na dose de 1 mg 1x/dia, no SUS temos disponível o comprimido de 5mg .
- Mulheres: avaliar Espironolactona ou Anticoncepcional hormonal oral se hiperandrogenismo associado.

Figura 54: Alopecia Androgenética



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Não se aplica.
P2	- Não se aplica.
P3	- Casos sem resposta após 1 ano de tratamento.

10.5 ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

Acomete preferencialmente mulheres na perimenopausa, apresenta-se como alopecia da linha de implantação do cabelo, principalmente fronto temporal, geralmente acomete também supercílios. Decorre de um processo auto inflamatório e pode evoluir com alopecia cicatricial no local. Deve sempre ser encaminhada para Dermatologia para confirmação diagnóstica e início do tratamento, que pode ser feito com tópicos como corticóides de alta potência, infiltração de corticóide ou até antimaláricos por via oral.

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Todos os casos.
P2	- Não se aplica.
P3	- Não se aplica.

11. PSICODERMATOSES

11.1 SKIN PICKING (TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO)

Segundo o DSM-5, o diagnóstico se dá por comportamento compulsivo e repetitivo de escoriar-se, repetidas tentativas de reduzir/parar, sofrimento físico e mental e/ou prejuízo funcional, não pode ser atribuído a outra condição médica

Características clínicas: Escoriação em rosto, pernas, braços, dorso superior, couro cabeludo, dedos (região periungueal), sempre “ONDE A MÃO ALCANÇA”.

11.2 DERMATITE FACTÍCIA OU “ARTEFACTA”

Há presença de lesões auto induzidas em áreas acessíveis com métodos mais elaborados, tem morfologia bizarra e linear, cantos angulados, formas geométricas. A pele adjacente é normal e a história é vaga com poucos detalhes.

11.3 TRICOTILOMANIA

É uma desordem comportamental caracterizada pelo impulso incontrolável de arrancar pêlos ou fios ou tufos de cabelo.

11.4 DELÍRIO DE PARASITOSE

É uma síndrome psiquiátrica na qual o paciente apresenta uma crença delirante de que sua pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais.

Conduta nas psicodermatoses: Se houver suspeita de alguma psicodermatose pode-se discutir com a psiquiatria, ou se idoso com alteração cognitiva, com a geriatria. O tratamento se faz com psicoterapia e/ou psicotrópicos.

12. OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS

12.1 HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença crônica causada pela *Mycobacterium leprae* que infecta os nervos periféricos - as células de Schwann. Acomete, principalmente, nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos, podendo afetar olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço e fígado). Se não tratada na forma inicial, a doença evolui de forma lenta e progressiva, podendo gerar diversas incapacidades físicas nos pacientes e apresentar risco de transmissão para pessoas em contato próximo.

❖ Devem ser encaminhados ao AMI usuários com suspeita clínica de Hanseníase:

- áreas da pele ou manchas com perda de sensibilidade (calor e/ou dor e/ou tato), pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas;
- diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose);
- dores articulares com perda de sensibilidade cutânea;
- sinais de comprometimento neural em MMSS e/ou MMII (dor, pé ou mãos caídos, mão em garra);
- eritema nodoso sem outros sinais dermatológicos.

12.2 ESPOROTRICOSE

Infecção causada por fungos do gênero *Sporothrix*, após penetração na pele após trauma com material infectado. Comum em trabalhadores que têm contato com solo ou plantas contaminadas como jardineiros. Também pode infectar cães e gatos, principalmente em mucosas oral e nasal, sendo o contato com essas lesões de animais adoecidos fonte de contágio para humanos também.

A apresentação clínica no homem depende do estado imunológico do infectado. A forma clássica é a apresentação cutâneo linfática com lesões lineares,

podendo ser papulosas, ulceradas, nodulares, ou gomosas, não contíguas. Mais comum nos membros, com trajeto ascendente.

Figura 55: Esporotricose.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Há ainda casos de acometimento extra cutâneo (por exemplo ossos, boca, pulmões, olhos), e em imunossuprimidos podem ocorrer lesões cutâneas disseminadas.

Diagnóstico: cultura para fungos, micológico direto – sendo neste mais difícil a visualização, anatomopatológico. O tratamento é feito com antifúngicos após confirmação diagnóstica. Todos os casos devem ser encaminhados à dermatologia.

Encaminhamento à emergência:

P0	- Imunossuprimidos com lesões cutâneas disseminadas.
-----------	--

Encaminhamento para dermatologia:

P1	- Na suspeita de Esporotricose.
P2	- Não se aplica.

12.3 LEISHMANIOSE

A leishmaniose é uma doença infecciosa, causada por protozoário (*Leishmania amazonensis*, *Leishmania guyanensis* e *Leishmania braziliensis*), de transmissão vetorial (flebotomíneos), que apresenta-se com duas formas clínicas: cutâneo-mucosa e visceral.

O período de incubação varia de 2 semanas a 2 meses e a lesão cutânea inicia-se com uma mácula, que aumenta progressivamente e evolui para úlcera. A úlcera típica da forma cutânea é geralmente indolor, com formato arredondado ou ovalado, com bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e granulações grosseiras.

A forma mucosa caracteriza-se pela presença de lesões destrutivas localizadas na mucosa, em geral nas vias aéreas superiores. Em geral, a forma mucosa é secundária à lesão cutânea. O início dos sintomas é insidioso com pouca sintomatologia. Geralmente, a lesão é indolor e inicia-se no septo nasal anterior, sendo a mucosa nasal mais acometida, mas podem haver lesões em orofaringe, palato, lábios, língua, laringe e, excepcionalmente, traquéia e árvore respiratória superior. As queixas são de obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse.

Na ocorrência de lesões sugestivas de leishmaniose, o diagnóstico de certeza é feito pelo encontro do parasito ou de seus produtos nos tecidos (pesquisas diretas, PCR em amostras de pele e mucosa, avaliação histopatológica - biópsia); o teste intradérmico (Montenegro) tem valor limitado para o diagnóstico devendo ser interpretado juntamente com as manifestações clínicas; a sorologia (reação de imunofluorescência indireta) é considerada positiva com diluição a partir de 1:80, devendo ser interpretada no contexto clínico (pode manter-se positiva após o tratamento).

A leishmaniose visceral apresenta-se com quadro clínico de febre, palidez cutâneo-mucosa e hepatoesplenomegalia. O estado geral do paciente está preservado no início, evoluindo com piora clínica, podendo se estender por até 2

meses; caso o diagnóstico não seja realizado e o tratamento instituído, o paciente evolui com desnutrição, edema de membros inferiores, anasarca, hemorragias, icterícia e ascite. O óbito geralmente é determinado por infecções bacterianas e/ou sangramentos. O diagnóstico pode ser confirmado pela presença de formas amastigotas em material biológico - preferencialmente medula óssea. A sorologia também encontra-se fortemente positiva.

➤ Usuários com suspeita de quadro muco-cutâneo devem ser encaminhados ao **Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí**.

➤ Usuários com suspeita de quadro visceral devem ser encaminhados para internação no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (adultos) e Hospital Universitário (crianças).

Figura 56: Leishmaniose.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento à emergência:

P0	- Imunossuprimidos com lesões cutâneas disseminadas
-----------	---

Encaminhamento para dermatologia da FMJ:

P1	- Suspeita de Leishmaniose Cutânea ou Mucosa
P2	- Não se aplica

13. PECULIARIDADES NA GESTAÇÃO

13.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Na gestação podem ocorrer inúmeras alterações fisiológicas cutâneas, como:

- Alterações pigmentares secundárias a alterações hormonais:

- Melasma: deve ser orientada fotoproteção.
- Surgimento de linha nigra
- Aumento da pigmentação de lesões cutâneas pré existentes como nevos, efélides e cicatrizes, (há aumento de melanócitos e produção de melanina): deve ser acompanhada clinicamente, na maioria dos casos alterações benignas.

- Alterações vasculares, que tem como causa principal a ação do estrogênio

- Surgimento de telangiectasias, aumento ou surgimento de varicosidades
- Hemangiomas: podem surgir em pequena parcela das gestantes principalmente no terceiro trimestre, devendo ser observados

- Estrias: Deve ser orientado uso de cremes hidratantes.

- O crescimento de unhas e pelos encontra-se acelerado e o hirsutismo também pode ocorrer.

13.2 DERMATOSES GESTACIONAIS

- Dermatite atópica e psoríase apresentam melhora na maioria dos casos. Deve ser orientada a hidratação e pode ser utilizado corticóide tópico (dexametasona 2x/dia nas lesões) e anti-histamínico (loratadina 10mg 1x/dia).

- Penfigóide Gestacional: Doença autoimune, de baixa incidência, também chamado de herpes gestacional, tem lesões similares ao penfigóide bolhoso,

geralmente inicia periumbilical e evolui para dorso, nádegas, braços e poupa face. Pode apresentar sintomas gerais como febre, mal estar, náuseas, vômitos. Tende a ocorrer em gestações alternadas e apresenta prurido intenso. Aumenta o risco de prematuridade. Pode ainda haver transferência de anticorpos para o feto que evolui com quadro limitado. Deve-se usar hidratantes tópicos, casos leves podem ser tratados com anti histamínico oral (loratadina 10mg 1x/dia) e corticoide tópico (dexametasona 2x/dia). Casos mais graves encaminhar à dermatologia.

- Erupção Polimórfica da gestação: Placas e pápulas pruriginosas urticarianas da gravidez (PPPUG), dermatose gestacional mais comum. Mais frequente em primigestas no terceiro trimestre. São pápulas eritematosas, pruriginosas, pode iniciar sobre as estrias abdominais e tende a poupar a cicatriz umbilical e depois disseminar para coxas, glúteos, braços e antebraços. Na maioria dos casos regride após o parto e poupa o umbigo. Deve-se usar hidratantes tópicos, casos leves podem ser tratados com anti histamínico oral (loratadina 10mg 1x/dia) e corticoide tópico (dexametasona 2x/dia). Casos mais graves encaminhar à dermatologia.

- Erupção atópica da gestação: segunda dermatose mais comum da gestação, a maioria dos casos não apresentava crises atópicas prévias porém apresentam história familiar de atopia ou aumento de IgE. O quadro clínico apresenta eczema, pápulas, nódulos e prurigo, além de xerose em tronco e membros. Tende a regredir após o parto e recidivar nas próximas gestações, não altera a evolução fetal. Deve-se usar hidratantes tópicos, casos leves podem ser tratados com anti histamínico oral (loratadina 10mg 1-2x/dia) e corticoide tópico (dexametasona 2x/dia). Casos mais graves encaminhar à dermatologia.

- Colestase intra-hepática da gravidez: apresenta prurido e aumento dos níveis de ácidos biliares (bilirrubinas, fosfatase alcalina), geralmente no segundo e terceiro trimestre. Prurido geralmente intenso e de difícil controle, pior a noite, mais comum em abdome, palmas e plantas. Não tem lesão de pele característica, em geral consiste em prurido intenso e escoriações, pode ter icterícia. Geralmente melhora após o parto, aumenta a morbimortalidade fetal e tende a recorrer em outras

gestações. Atentar para distúrbios de coagulação. Iniciar medidas anti pruriginosas com hidratante e corticóides tópicos e encaminhar como prioridade.

Encaminhamento para Ambulatório Pré- Natal de Alto Risco:

P1	- Colestase intra-hepática da gravidez.
P2	- Não se aplica.

Encaminhamento para Dermatologia:

P1	- Penfigóide gestacional. - Erupção Polimórfica da gestação sem resposta ao tratamento.
P2	- Não se aplica.

14. UNHA ENCRAVADA

A unha encravada pode ser crônica ou aguda. A causa é o corte inadequado das unhas, normalmente dos pés e, principalmente, do primeiro dedo do pé (o dedão). O diagnóstico é clínico baseado nos seguintes achados: dor, inchaço, secreção e eritema nas bordas dos dedos do pé.

Tratamento clínico: Normalmente realiza-se tratamento da infecção e do processo inflamatório local.

Cirúrgico: Nos casos de falha do tratamento conservador ou dos métodos de pequena agressão pode ser necessário realizar um procedimento cirúrgico para ressecar uma fatia da unha e a pele hipertrofiada que o recobre, além de refazer a relação entre a unha e a pele nos cantos da unha.

Na falha do tratamento clínico ou recidiva, encaminhar para dermatologia.

Figura 57: Unha encravada.



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Encaminhamento para Dermatologia:

P1	- Unha encravada em pé-diabético
P2	- Falha no tratamento clínico ou recidiva.

VITILIGO

O vitiligo é uma doença caracterizada por lesões cutâneas de hipopigmentação com uma distribuição característica. O tamanho das manchas é variável. As lesões formam-se devido à diminuição ou à ausência de melanócitos nos locais afetados. As causas da doença ainda não estão claramente estabelecidas, mas fenômenos autoimunes parecem estar associados ao vitiligo. Além disso, alterações ou traumas emocionais podem estar entre os fatores que desencadeiam ou agravam a doença.

Classificação:

- **Segmentar ou Unilateral:** manifesta-se apenas em uma parte do corpo, normalmente quando o paciente ainda é jovem. Pelos e cabelos também podem perder a coloração.

- **Não segmentar ou Bilateral:** é o tipo mais comum; manifesta-se nos dois lados do corpo, por exemplo, duas mãos, dois pés, dois joelhos. Em geral, as manchas surgem, inicialmente, em extremidades como mãos, pés, nariz e boca. Há ciclos de perda de cor e épocas em que a doença se desenvolve. Depois, há períodos de estagnação. Estes ciclos ocorrem durante toda a vida; a duração dos ciclos e as áreas despigmentadas tendem a se tornar maiores com o tempo.

O diagnóstico do vitiligo é, essencialmente, clínico. A biópsia cutânea revela a ausência completa de melanócitos nas zonas afetadas, exceto nos bordos da lesão, e o exame com lâmpada de *Wood* pode ajudar na detecção da doença em pacientes de pele branca.

Encaminhamento para Dermatologia:

P1	- Não se aplica.
P2	- Todos os casos.

ALBINISMO

O albinismo oculocutâneo é uma desordem genética na qual ocorre um defeito na produção da melanina. A mutação envolvida determina a quantidade de melanina produzida, que pode ser totalmente ausente ou estar parcialmente presente. Assim sendo, a tonalidade da pele pode variar do branco a tons um pouco mais amarronzados; os cabelos podem ser totalmente brancos, amarelados, avermelhados ou acastanhados e os olhos avermelhados (ausência completa de pigmento, deixando transparecer os vasos da retina), azuis ou acastanhados.

Devido a deficiência de melanina, os albinos são altamente suscetíveis aos danos causados pelo sol. Apresentando, frequentemente, envelhecimento precoce, danos actínicos e câncer da pele, ainda muito jovens. Não é incomum encontrar albinos na faixa dos 20 a 30 anos com câncer da pele avançado, especialmente

aqueles que moram em regiões quentes e se expõem de forma prolongada e intensa à radiação solar.

Atualmente, existem 7 genes envolvidos no albinismo. Em cada um dos genes identificados, diferentes mutações podem ocorrer, o que determina uma grande variabilidade na apresentação clínica. No albinismo oculocutâneo tipo I, por exemplo, existe ausência completa da produção de melanina, sendo o quadro clínico mais intenso, com pele e cabelos totalmente brancos e graves alterações oculares. Já no albinismo oculocutâneo tipo II, forma mais frequente no Brasil, a deficiência de melanina é parcial, assim sendo, pele e cabelo apresentam algum grau de pigmentação.

A alteração genética também leva a modificações da estrutura e do funcionamento ocular, podendo desencadear problemas visuais.

Encaminhamento para Dermatologia:

P1	- Não se aplica.
P2	- Todos os casos.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0 (Pronto Atendimento)

- Eritrodermia.
- Miíase extensa ou com infecção secundária (casos graves).
- Eritrodermia psoriásica (toda a superfície corporal acometida).
- Impetigo com lesões disseminadas e sintomas sistêmicos.
- Furúnculo/antraz em face ou com sintomas sistêmicos.
- Erisipela/Celulite em imunossuprimidos e/ou com lesões em face e/ou com complicações (abscesso, trombose venosa profunda ou necrose) e/ou associada a sintomas sistêmicos (sepse).
- Fasciíte necrosante.
- Buloses COM acometimento extenso e/ou acometimento de mucosas (que levam a dificuldade de deglutição ou disúria) e/ou infecção secundária associada a sintomas sistêmicos.
- Esporotricose em imunossuprimidos com lesões cutâneas disseminadas.
- Leishmaniose em imunossuprimidos com lesões cutâneas disseminadas.

P1

- Prurido sem resposta ao tratamento que interfere no sono e/ou nas atividades diárias.
- Eczema extenso que atinge mais de duas regiões do corpo.
- Eczema em áreas do corpo interferindo na qualidade de vida / capacidade laboral e que não responde ao tratamento prévio inicial.
- Escabiose ou pediculose que não responde ao tratamento prévio inicial realizado adequadamente com medicação e medidas ambientais.
- Psoríase grave (PASI>10 ou DLQI>10 ou SCA>10).
- Líquen plano: casos mais extensos (>5% SCA).
- Candidíase extensa ou com intenso desconforto.
- Verruga plantar com dor associada.
- Furúnculo e antraz recorrentes (3 episódios ou mais em 1 ano).
- Erisipela e celulite recorrentes (3 episódios ou mais em 1 ano).
- Acne graus 3 e 4.
- Buloses SEM acometimento extenso, SEM acometimento de mucosas (que levam a dificuldade de deglutição ou disúria), SEM infecção secundária associada a sintomas sistêmicos.
- Granuloma Piogênico.
- Lentigo solar com mudança de formato, cor ou relevo.
- Alopecia areata (casos extensos - acometendo mais de 50% do couro cabeludo).
- Alopecia frontal fibrosante.
- Suspeita de Esporotricose ou Suspeita de Leishmaniose Cutânea ou Mucosa
- Colestase intra hepática da gravidez
- Unha encravada em pé diabético
- Todos os casos suspeitos de câncer.

P2

- Prurido sem resposta ao tratamento com mínimo impacto na qualidade de vida.
- Eczema refratário ao tratamento.
- Psoríase quadro leve a moderado (PASI<10 ou DLQI<10 ou SCA<10) sem melhora após 3-6 meses de tratamento adequado .
- Líquen plano: casos leves (< ou = 5% SCA).
- Pitiríase rósea com mais de 12 semanas de história.
- Onicomicose com história e clínica duvidosas (início súbito das alterações ungueais ou alterações ungueais estáveis há anos sem resposta a diversos tratamentos antifúngicos anteriores com região plantar e interdígitos sem alterações) ou sem resposta 3 meses de tratamento. Nesses casos, solicitar exame micológico direto, cultura para fungos e encaminhar).
- Demais formas de dermatofitose (*tinea corporis*, *tinea manuum*, *tinea cruris* e *tinea pedis*) sem resposta após tratamento adequado (de acordo com o protocolo).
- Pitiríase versicolor sem resposta ao tratamento ou recorrente (mais de uma recidiva por ano).
- Candidíase sem resposta ao tratamento.
- Molusco contagioso sem melhora após 6 meses.
- Verrugas sem melhora após 3 meses de tratamento.
- Verruga em face.
- Impetigo recorrente (3 episódios ou mais em 1 ano)
- Acne graus 1 e 2 sem resposta após 6 meses de tratamento.
- Cisto epidérmico com infecção prévia.
- Lipoma associado à dor local.
- Lentigo solar associado a queratose actínica e/ou paciente fototipo I/II.

- Nevo melanocítico congênito.
- Nevo melanocítico comum (ou adquirido) com mais de 20 lesões.
- Nevo melanocítico comum (ou adquirido) se história de melanoma em parente de 1º grau.
- Queratose actínica.
- Eflúvio telógeno que se mantém por mais de 1 ano.
- Eflúvio telógeno com rarefação capilar acentuada (facilmente notada).
- Alopecia areata (casos que não responderam ao tratamento após 90 dias).
- Unha encravada com falha no tratamento clínico ou recidiva.
- Vitiligo
- Albinismo

P3

- Tumores benignos que o paciente deseja remover ou se há dúvida diagnóstica.
- Nevo melanocítico comum (ou adquirido) com menos de 20 lesões com algum tipo de incômodo.
- Alopecia androgenética (casos sem resposta após 1 ano de tratamento).

Atenção: Casos suspeitos de Artrite Psoriásica devem ser encaminhados para reumatologia.

BIBLIOGRAFIA

1. AZULAY, R.D, AZULAY, A. **Dermatologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. RAMOS, E., SILVA, M., CASTRO, M.C.R. **Fundamentos de Dermatologia**. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 2009.
3. **Eczema**. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Acessado em: 19 de Março de 2024. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/eczema/>
4. **Disidrose**. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Acessado em 19 de Março de 2024. Disponível em : <https://www.sbd.org.br/doencas/disidrose/>
5. BELDA, J. W, CHIACCHIO, N., CRIADO, P.R. **Tratado de Dermatologia**. 4. Ed – Rio de Janeiro: Atheneu, 2023.
6. TALHARI, S. et al. **Dermatologia tropical**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2022.
7. BOLOGNA, J.L, et al. **Dermatology**. 4ª ed. Elsevier, 2018.
8. KANG, S. et al. **Fitzpatrick's Dermatology**. 9ª ed. Nova York: McGraw-Hill Education, 2019.
9. SCHECHTMAN, R.C, AZULAY, D.R. **Micologia Médica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
10. **Alopecia: entenda mais sobre condição que também pode afetar as mulheres**. Ministério da Saúde, 2022. Acessado em: 22 de Agosto de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/alopecia-entenda-mais-sobre-condicao-que-tambem-pode-afetar-as-mulheres>
11. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Dermatologia Adulto: versão digital 2023**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 jan. 2018 [atual. 5 mai. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.
12. Vitiligo. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). 2024. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/vitiligo/>
13. Albinismo. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). 2024. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/albinismo-2/>