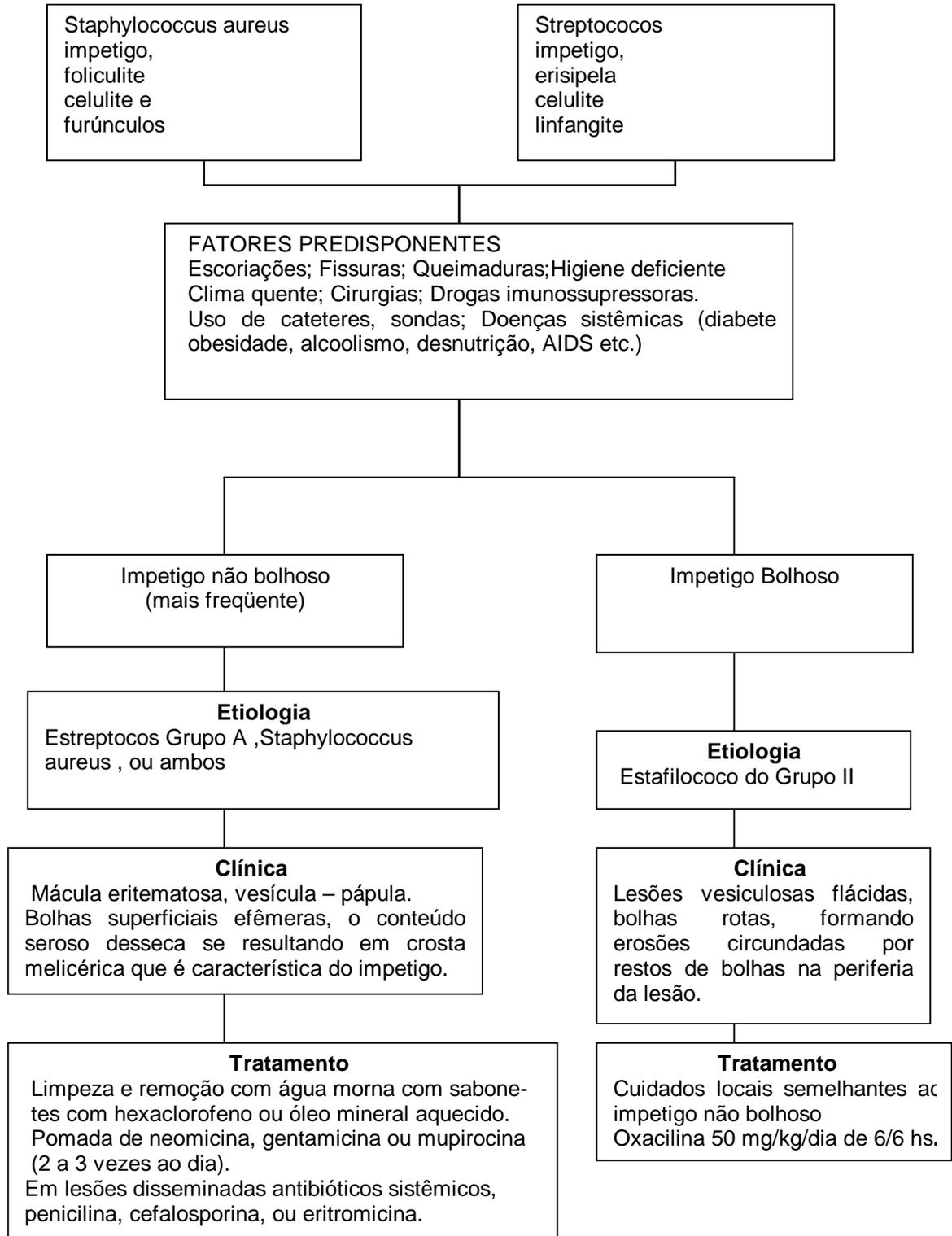


PIODERMITES



CELULITE E ERISPELA

São infecções cutâneas caracterizadas por eritema, edema e dor. Na maioria dos casos há febre e leucocitose. Ambas podem ser acompanhadas por linfangite e linfadenite

Fatores predisponentes: locais de trauma, abrasões, lesões psoríasicas, eczematosas ou tinha. Podem se desenvolver em pele aparentemente normal

Erisipela

Envolve as camadas mais superficiais da pele e os linfáticos cutâneos

Etiologia

Estreptococo beta hemolítico grupo A, S.aureus no adulto, e Hemophilus influenzae tipo B em crianças com menos de 3 anos de idade.

Clínica

A área de inflamação está elevada em relação a pele circundante e há uma demarcação distinta entre a pele envolvida e a pele normal. A parte inferior das pernas, face e orelhas são atingidas mais freqüentemente. Podem existir bolhas, a porta de entrada nos membros inferiores são úlceras de perna, fissuras plantares, e dermatomicose interpodalares

Tratamento

Repouso, elevação do membro afetado. Penicilina procaína 600.000.U de 12/ 12 h; dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs; eritromicina 500mg de 6/6hs; cefalosporina. Casos graves - nafcilina-500mg a 1500mg IV 4/4hs

Celulite

Se estende aos tecidos subcutâneos

Etiologia

P. aeruginosa, estreptococos do grupo B. As culturas dos locais de entrada, espécimes de aspirado, espécimes de biópsia e hemoculturas facilitam a seleção do antibiótico apropriado para esses pacientes

Clínica

Não há distinção clara entre a pele infectada e a pele não infectada. Tipicamente ocorre próximo a feridas cirúrgicas ou uma úlcera cutânea. Episódios recorrentes de celulite aparecem com anormalidades anatômicas locais que comprometem a circulação venosa ou linfática.
Crianças-Infecção bucal é a mais comum

Tratamento

Repouso, elevação do membro afetado
Dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs, cefalosporina.
Casos graves-.nafcilina- 500mg a 1500mg IV 4/4hs
Um aminoglicosídeo deve ser considerado em pacientes sob risco de infecção por gram-negativos
Alguns adultos podem ser infectados por Hemophilus influenzae, e requerem antibióticos adequados.
Crianças - Certificar-se de que não há formação de gás e/ou coleções de pus, pois essas lesões requerem drenagem cirúrgica agressiva e debridamento.

FURÚNCULO

Definição

Coleção delimitada de pus que é uma massa dolorosa, firme ou flutuante. Celulite pode preceder ou ocorrer concomitantemente a ele.

Abscesso - cavidade formada por loculações digitiformes de tecido de granulação e pus que se estende para fora ao longo dos planos de menor resistência.

ETIOLOGIA

Em geral a microbiologia reflete a microflora da parte anatômica envolvida *Estafilococos aureus* (no folículo piloso e glândula sebácea) –é o mais comum.. Outros organismos podem ser encontrados como: Aeróbios - *E.coli*, *P. aeruginosa*, *S.faecalis*; Anaeróbios - *Bacteróides*, *Lactobacillus*, *Peptostresptococcus*

CONDIÇÕES PREDISPONETES:

Áreas com sudorese e atrito intenso.
Oclusão da virilha e das nádegas pelas roupas, sobretudo em pacientes com hiperhidrose. Anormalidades foliculares, como comedões, pápulas e pústulas acneiformes são encontradas com freqüência nas nádegas e axilas de indivíduos com furunculose recidivantes.

CLINICA

Inicia-se como pápula vermelha profunda, sensível, firme, que aumenta rapidamente formando um nódulo sensível e profundo que permanece estável e doloroso por dias, tornando-se flutuante. A temperatura é normal e não há sintomas sistêmicos. A dor torna-se moderada a grave a medida que o material purulento se acumula. É freqüente nos pacientes HIV- positivos.

TRATAMENTO

Compressas quentes e úmidas
Incisão, drenagem e compressão
Antibióticos anti-estafilocócicos

HERPES VÍRUS HERPES SIMPLES

Definição Infecção viral freqüente que pode comprometer pele e mucosas. É causada pelo Herpes virus homines, tipos I e II. A transmissão é por via direta (pessoal).

Quadro clínico Geralmente assintomático. Logo após a infecção, o vírus permanece em estado latente nos gânglios sensoriais, manifestando-se clinicamente, quando ocorre diminuição da imunidade

Primo infecção herpética:

Período de incubação – 3 a 10 dias. Caracteriza-se por erupção vesículo-ulcerativa da mucosa oral ou genital acompanhada de adenopatia, febre e mal-estar. A regressão ocorre dentro de 1 a 2 semanas.

Forma recidivante :

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, agrupadas em “bouquet”. É mais comum em adultos, e tem como principais fatores desencadeantes estresse, exposição solar, traumas físicos e químicos, infecções virais e bacterianas.

Diagnóstico diferencial

Aftas, candidíase oral, candidíase genital, Síndrome de Stevens-Johnson, impetigo, dermatite vesicante (Potó)

Tratamento

Cuidados locais:
Aciclovir* - adulto 200mg 5x dia por 5 dias;
crianças 10mg/kg/dia por 05 dias, casos graves
05 a 10 mg/kg/dia EV.

HERPES VÍRUS

HERPES ZOSTER

DEFINIÇÃO

Infecção causada pelo vírus varicela-zoster. É mais comum em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente imunodepressão

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dispostas em faixa unilateral acompanhando trajeto de nervo. Dor nevralgica pode anteceder o quadro e, em 20% dos casos, a nevralgia é intensa e persistente. Isto ocorre principalmente em doentes idosos e/ou que se submetem a tratamento imunossupressor. As lesões cutâneas regridem em aproximadamente duas semanas e podem deixar manchas e cicatrizes .

TRATAMENTO

Cuidados locais: compressas com água boricada ou KMNO₄.
 Aciclovir – 800mg 5 x ao dia durante 7 dias.
 Fanciclovir –250mg de 8/8horas durante 7-10 dias.
 Valaciclovir – 1g de 8/8horas durante 7-10 dias
 Analgésicos

ECTIMA

ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes do grupo A, e/ou Staphylococcus aureus

CLÍNICA

Uma vesícula inicial fugaz deixa uma ulceração superficial. Mais freqüente nas crianças e nas pernas.

TRATAMENTO

Semelhante ao impetigo: uma vesícula inicial fugaz.

REAÇÕES HANSÊNICAS

A hanseníase é uma doença de curso crônico que afeta preferencialmente a pele e os nervos. As reações são episódios de agudização que podem causar graves danos neurais, e correspondem a mudanças súbitas do estado imunológico do paciente. Cerca no pós-alta.

REAÇÃO REVERSA OU REAÇÃO TIPO I

Ocorre na Hanseníase Tuberculóide e Hanseníase Dimorfa

CLÍNICA

As lesões antigas tornam-se intumescidas, edematosas e podem surgir novas lesões em outros locais do corpo. Os sintomas gerais em geral são pouco intensos. Os MHD podem apresentar edemas em torno dos orifícios naturais e edemas de mãos e pés. É freqüente haver neurite em um ou mais troncos neurais

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS

EPF (pesquisa de estrogiloidíase). Quando houver importante comprometimento geral realizar os mesmos exames solicitados para o eritema nodoso, inclusive hemocultura e RX de tórax. Esses pacientes costumam estar em uso de corticóide por períodos prolongados ficando expostos a infecções

OBS: Pode ocorrer leve leucocitose

TRATAMENTO

Reação reversa sem neurite:

Prednisona 0,5mg -1mg/kg/dia até o dia até o controle do quadro reacional, e então iniciar o desmame. Paciente deverá sair com uma consulta marcada com o médico dermatologista.

Reação reversa com neurite, lesões em face ou próximas a troncos nervosos importantes, ou mão e pé reacionais

Prednisona 1-2mg/kg/dia

NEURITE HANSÊNICA

DEFINIÇÃO:

Processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. É a manifestação mais grave uma vez que pode ocasionar incapacidade e deformidade. Pode ocorrer isoladamente ou acompanhando uma reação reversa ou eritema nodoso.

SINTOMAS CLÍNICAS:

Dor aguda no local e/ou no trajeto do nervo acometido

Perda da sensibilidade ou perda motora no local inervado pelo tronco neural correspondente:

TRONCOS NEURAI DE COMPROMETIMENTO MAIS FREQUENTE:

Ulnar e mediano - sensitivo-motor (antebraços mãos e quirodáctilos), Fibular - motor- inicialmente perda dos chinelos e depois "pé caído".

Tibial posterior – sensibilidades dos pés, pododáctilos e regiões plantares

TRATAMENTO:

Prednisona 1-2mg/kg/dia

Imobilização do membro afetado

Encaminhar então para o serviço de referência. Em caso de abscesso neural, encaminhar imediatamente para serviço especializado para realização de cirurgia apropriada.

ERITEMA NODOSO HANSÊNICO (ENH) OU REAÇÃO TIPO II

MH Dimorfa e MH Virchowiana.
Costuma ocorrer até a negatificação da baciloscopia

FATORES DESENCADEANTES
Infecções (inclusive cáries dentárias), estresse físico e emocional, gravidez

CLÍNICA

Nódulos que às vezes confluem formando placas eritemato-violáceas, dolorosos, em MMSS, MMII, tronco e face. Pode ocorrer epididimite, orquite, ceratite, irite, iridociclite, poliartralgia e poliartrite. Grande comprometimento do estado geral com febre, adenopatia generalizada, mal estar, astenia. É freqüente o envolvimento neural. **Leve** – lesões cutâneas em pequeno números, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral. **Moderado** – lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente **Grave** – lesões cutâneas generalizadas, com grave comprometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

Leucocitose com neutrofilia, piúria discreta, alterações discretas das transaminases

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS:

Hemograma completo, EAS, eletrólitos, função hepática (especialmente quando em uso de PQT). Quando necessário urinocultura

TRATAMENTO NO HOMEM

Leve:

Talidomida 100mg/dia
Anti-inflamatório não hormonal (AINH)-
Paracetamol 720mg 2-3x ao dia
Diclofenaco 50mg-2-3x/dia

Moderada:

Talidomida 100mg de 12/12/dia

Grave:

(Ou acompanhados de ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite, iridociclite, **Neurite**)

Talidomida – 100mg 8/8horas e Prednisona – 1 mg/kg/dia

TRATAMENTO NA MULHER

Leve:

Anti-inflamatório não hormonal (AINH) Paracetamol 1,5-2g/dia ou Prednisona - 0,5mg/dia

Moderada:

igual ao anterior

Grave:

Anti-inflamatório não hormonal (AINH)

Paracetamol 1,5-2g/dia ou Prednisona-1,5-2g/dia
Clofazimina- 300mg/dia

Observação: Depois de devidamente atendidos na emergência os pacientes só poderão receber alta após estarem agendados para consulta com os médicos responsáveis pelo tratamento, uma vez que os medicamentos deverão ser reduzidos de acordo com a evolução clínica, caso contrário os pacientes estarão sujeitos a recidivas severas, danos neurais graves e aos efeitos colaterais das drogas.