

**MANUAL DE DERMATOLOGIA PARA A
EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS MÉDICOS
QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS**

AUTORA: MELISSA DE SOUSA MELO CAVALCANTE
ORIENTADORA: PROF^a. DRA. RITA MARIA LINO TARCIA

INTRODUÇÃO

Este material didático foi elaborado como devolutiva e contribuição ao cenário de estudo da pesquisa de Mestrado intitulada **ATENÇÃO EM DERMATOLOGIA POR MEIO DO TELESSAÚDE PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO INTERIOR DO AMAZONAS.**

Diante da situação de carência de atenção médica especializada no interior do estado do Amazonas e da dificuldade de identificar e conduzir o tratamento das doenças de pele mais prevalentes, os médicos generalistas se auxiliam de serviços oferecidos pelo telessaúde como teleconsultorias e segunda opinião formativa para orientações de tratamentos no atendimento de doenças cutâneas.

Buscando melhorar a situação presente e com base nas apreciações que as diretrizes do Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) estabelecem, foi elaborado um produto como devolutiva e contribuição ao cenário do estudo.

A partir dos resultados da pesquisa de Mestrado e considerando as sugestões fornecidas pelos sujeitos desta pesquisa, foi desenvolvido um material didático impresso e também disponível em mídia de armazenamento com os textos resultantes da teleconsultoria assíncrona, classificados por dermatoses mais frequentes no interior do estado do Amazonas. Cada caso clínico poderá ser didaticamente organizado por itens que facilitem o acesso da informação e a consulta, de modo a favorecer a autonomia e incentivar o aprender a aprender dos profissionais.

É importante salientar que as condutas expressas neste material, foi realizada de acordo com as possibilidades e disponibilidades de medicamentos dos locais onde resultou a pesquisa: municípios do interior do estado do Amazonas.

Pretende-se com o objeto da prática, desenvolver ações educativas de apoio para a atenção à saúde em dermatologia, que ressaltará o conhecimento inerente à resolução do problema, contribuindo com a educação permanente em dermatologia dos profissionais médicos envolvidos, visando à educação para o trabalho, ampliação de capacidade e autonomia na resolução de casos dermatológicos prevalentes.

SIGLAS

HD Hipótese Diagnóstica

CD Conduta

CASO CLÍNICO 1: LESÃO TUMORAL EM CRESCIMENTO

HISTÓRIA: Paciente do sexo feminino, de 48 anos de idade, procedente de Parintins, apresentando uma lesão tumoral em dorso, com superfície brilhante e pigmentada, de aproximadamente 10 cm de diâmetro associada a prurido local. Nega uso de protetor solar.

IMAGEM



HD: Carcinoma basocelular nodular pigmentado

CONDUTA: trata-se possivelmente de um carcinoma basocelular nodular pigmentado. Mas é preciso incluir melanoma no diagnóstico diferencial. A conduta encaminhar o paciente ao cirurgião para realização de exérese com margem de 0,5cm e encaminhar o material para biópsia.

Encaminhar o paciente para um centro de referência em Manaus.

CASO CLÍNICO 2: PLACAS ERITEMATOSAS DISSEMINADAS EM TRONCO

HISTÓRIA: Paciente feminina, de 9 meses de idade, procedente do Rio Purus, apresentando há um dia lesões em placas eritematosas, distribuídas em tronco associadas a prurido. Pai alérgico a picada de insetos.

IMAGEM



HD: Urticária aguda

CD: o caso parece se tratar de um quadro de urticária. Trata-se de um quadro agudo desencadeado por várias causas, com surgimentos de placas eritematosas de curta duração e que migram de um lugar para outro do corpo. As causas mais comuns são:

- Medicamentos (principalmente antibióticos e antiinflamatórios não hormonais);
- Alimentos (queijos, ovos, corantes, chocolate, alguns tipos de peixes, etc);
- Infecções principalmente as bacterianas;
- Picadas de abelhas ou vespas;

Primeiramente devemos perguntar se criança se expôs a uma dessas causas, lembrando que em alguns casos o encontro da origem da urticária é difícil.

É incomum vermos febre em casos assim, devemos sempre investigar se a febre foi aferida pois nos casos de urticária há aumento da temperatura corporal dando impressão que o paciente está com febre. Mesmo assim devemos descartar infecções solicitando um hemograma.

Orientar o paciente e familiares quanto ao caráter agudo da doença e a necessidade de retirar o fator causal. Lembrar que casos que apresentam angiedema têm risco de evoluir para edema de glote sendo considerado uma emergência.

O tratamento inicialmente é feito com anti-histamínicos. No caso recomenda-se o uso do Hidroxizine solução até 3 vezes ao dia por 7 dias. Avaliar necessidade de continuação da medicação após esse período.

Retornar para consulta em 7 dias.

CASO CLÍNICO 3: MANCHAS HIPOCRÔMICAS NO ROSTO

HISTÓRIA: Paciente do sexo feminino, de 8 anos de idade, apresentando manchas hipocrômicas não descamativas em face. Nega prurido associado ou dor, apenas ardência a exposição solar. Refere uso da dexametasona creme há 6 meses.

HPP: Alérgica a picada de insetos

IMAGEM



HD: Dermatite atópica

CONDUTA: É importante na dermatite atópica verificar algumas informações como:

- 1) História familiar – existe história de rinite alérgica, sinusite ou asma por parte dos pais? (obs.: muitas vezes no interior do estado pela falta do especialista otorrinolaringologista as pessoas não tem o diagnóstico fechado dessas doenças, então deve se questionar, se os pais tem alergia à poeira, se espirram muito perto de pelúcia ou bichos de estimação, se ficam gripados com frequência, esse é apenas outro modo de saber se há história de alergia na família, o que nós acreditamos que seja positivo uma vez que a paciente tem história de alergia à pólen e animais).

- 2) Há ressecamento na pele? Manchas brancas em outros locais do corpo?

Em geral, os pacientes com dermatite atópica apresentam a pele muito ressecada, tem alergia à picada de inseto e alguns apresentam algumas manchas brancas pelo corpo e rosto.

Respondidas essas perguntas, o tratamento é o seguinte:

- Usar sabonete de glicerina
- Hidratar a pele todos os dias após o banho. Pode ser a vaselina, o proderm, óleo de amêndoas a noite, entre outros sem cheiros e disponíveis no local
- Administrar anti-histamínico se houver prurido: hixizine 25mg 1cp de 12/12h por 5 dias;
- SUSPENDER o uso de corticóide (dexametasona), principalmente no rosto, pois pode causar, se usado indiscriminadamente, danos à pele da criança, como hipocromia residual, atrofia e muitos outros efeitos colaterais. No rosto vai fazer apenas hidratante.

Evitar fatores irritantes como:

- O banho demorado, pois pode piorar o ressecamento da pele;
- A água do banho nunca deve ser quente;
- O uso do sabonete deve ser restringido ao mínimo;
- A maioria dos sabonetes leva ao ressecamento da pele, mesmo assim dá-se preferências aos glicerinados;
- O vestuário deve ser leve, evitando roupas de lã ou roupas grossas que podem irritar a pele;
- Evitar vestuários que provoquem suor excessivo;
- Evitar contato com areia, pés descalços, sujeira;
- Tanto o frio como o calor excessivo provoca piora das lesões de pele;
- Os ácaros do meio ambiente provocam piora das lesões de pele, assim como piora das doenças respiratórias alergênicas, logo, evite poeira, tapetes, cortinas, ursinho de pelúcia, gato, e outros animais de estimação.
- O contato direto com irritantes do meio ambiente deve ser evitado (fumaça de cigarros, cheiros fortes de produtos químicos utilizados na limpeza doméstica, cheiro de tintas, ceras, uso de naftalina nos armários, sprays aerossóis);
- A hidratação da pele é medida essencial para o sucesso no tratamento da criança com dermatite atópica;
- Os benefícios da hidratação serão alcançados se forem respeitadas

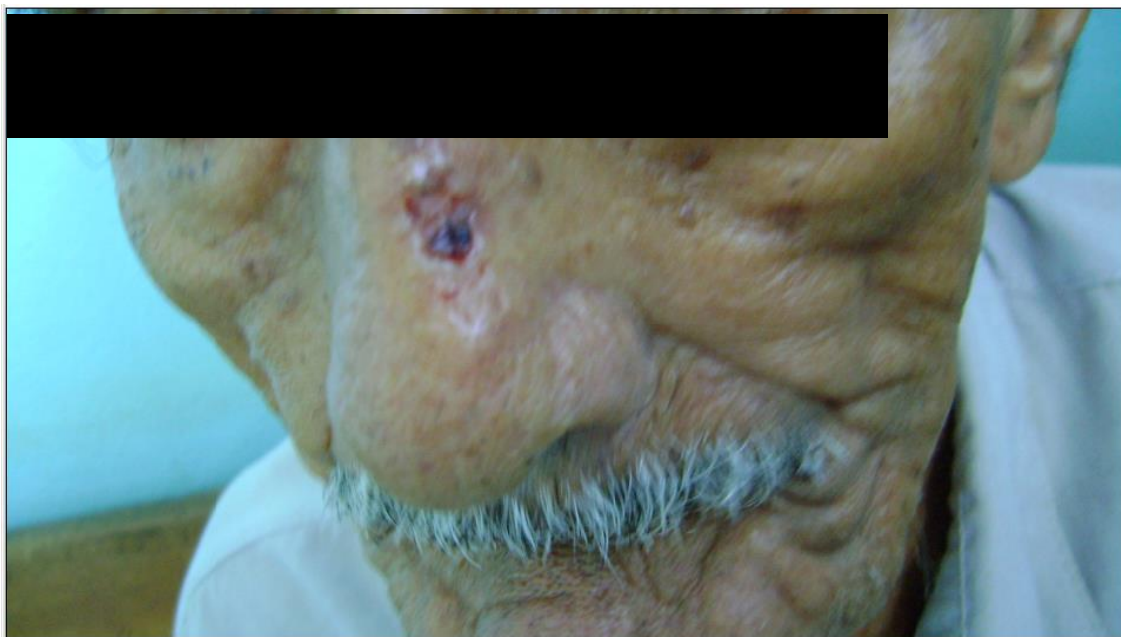
algumas medidas como realizar imediatamente após o banho (nos três primeiros minutos) e todos os dias!

- É válido orientar restrições de alimentos alérgenos, alimentos com corante (miojo, melitos, pirulitos, balas coloridas, refrigerantes coloridos), não ingerir castanha, amendoim, etc.
- Lembramos que a dermatite atópica geralmente se acompanha ou de rinite ou de sinusite ou de asma e que o curso da dermatite é como dessas outras doenças: você melhora se evitar a poeira e tudo o mais que já foi citado MAS sempre pode voltar a apresentar alergia se expuser novamente aos alérgenos (assim como na asma que pode evoluir com crises...o tratamento será sempre o mesmo!)

CASO CLÍNICO 4: LESÃO ULCERADA EM REGIÃO NASAL

HISTÓRIA: Paciente masculino, 93 anos, agricultor, procedente de Autazes, há 4 meses apresenta lesão ulcerada com bordas abauladas e de superfície brilhante, localizada em região dorsal do nariz

IMAGEM:



HD: Carcinoma Basocelular

CD: Por se tratar de uma lesão maligna, preferencialmente realizar exérese cirúrgica, seguida de exame histopatológico para avaliação de margens cirúrgicas. Encaminhar à Manaus, ambulatório de cirurgia dermatológica em um centro de referência.

CASO CLÍNICO 5: LESÕES EM VESÍCULAS EM FACE E NUCA

HISTÓRIA: Paciente masculino, 65 anos, procedente de Irlanduba, apresentando há 7 dias astenia e febre associada a lesões tipo vesículas em base eritematosa em hemiface esquerda seguindo o trajeto do nervo facial e auditivo. Inicialmente pruriginosas e posteriormente, dolorosas e com sensação de ardência local.

IMAGEM:



HD: Herpes Zóster

CD: * Aciclovir oral 800mg de 4/4h por 7 dias poupando a última dose (6h – 10h - 14h - 18h – 22h).

* Encaminhar ao oftalmologista!

CASO CLÍNICO 6: LESÃO TUMORAL PIGMENTADA EM FACE

HISTÓRIA: Paciente do sexo feminino, 63 anos, procedente de Parintins, apresentando lesão tumoral pigmentada em pálpebra inferior esquerda de aumento progressivo e prurido há 2 anos.

IMAGEM:



HD: Lesão tumoral suspeita de malignidade

CD: As hipóteses diagnósticas para esse caso são de Carcinoma basocelular pigmentado ou melanoma. Portanto a conduta para o caso é o encaminhamento da paciente à Manaus, para um centro de referência onde possa ser realizada a exérese da lesão seguida de exame histopatológico da mesma. Acreditamos que seja mais difícil e demorado conduzir o tratamento dessa paciente à distância por isso se faz necessário conduzi-la à capital.

CASO CLÍNICO 7: ERITEMA EM FACE

HISTÓRIA: Paciente do sexo feminino, 42 anos, mototaxista, em uso diário do protetor solar há cinco meses, refere incômodo com uma vermelhidão no rosto. O eritema é de predomínio centro facial, aparece em surtos, principalmente quando se expõe ao sol durante o dia de trabalho ou quando ingere bebida alcoólica. Ao exame físico, nota-se telangiectasias próximas ao eritema e pápulas eritematosas.

IMAGEM:



HD: Rosácea

CD: Evitar o sol (com chapéus ou boné, roupas mais compridas, e uso de protetor solar de forma quase que “religiosa” a cada 2h, sugerimos o Photoderm Max FPS 100 ou um protetor de sua escolha com FPS acima de 50);

- Usar metronidazol creme a 0,75% no rosto 1x à noite, em noites alternadas;

- Usar água termal ou spray termo equilibrante todos os dias (o primeiro encontrado em drogarias e o segundo em farmácias de manipulação). Borrifar no rosto 3x por dia e deixar secar por si só.
- Se possível, mandar ainda formular:
 - ac. hialurônico 0,5%
 - alantoína 1%
 - camomila (ext. glicólico) 3%
 - ac. glicirrízico 0,2%
 - gel creme 30g

Para usar 1x à noite em noites alternadas com o metronidazol.

CASO CLÍNICO 8: LESÕES VERRUCOSAS EM PÉ

HISTÓRIA: Paciente procedente de Tefé, apresenta lesões verrucosas em região lateral dos pés associado a maceração interdigital e descamação em planta.

IMAGEM:



HD: Verruga vulgar + Tínea pedis

CD: O caso trata-se de verruga vulgar associado à infecção por fungo. A conduta inicial é manter o Duofilm 1x ao dia durante a noite nas verrugas, esperar a medicação secar por 3 min e em seguida ocluir as verrugas com esparadrapo, o que irá melhorar a absorção do medicamento, usar por 30 dias. A paciente deverá dormir com o curativo oclusivo e somente pela manhã irá removê-lo. Com relação à infecção por fungo a conduta é o miconazol creme 2x ao dia por 30 dias nas áreas de fissura e descamação do pé, inclusive entre os dedos. Sugiro se possível após o término do tratamento com o Duofilm a realização de sessões de crioterapia nas verrugas.

CASO CLÍNICO 9: PLACA ERITEMATOSA, VESICOCROSTOSA EM TERÇO INFERIOR DA PERNA

HISTÓRIA: Paciente procedente de Tabatinga, de 68 anos, hipertensa, apresenta em terço inferior da perna, uma placa eritematosa, vesicocrostosa, secretante, pruriginosa. Em uso constante de miconazol e quadriderm sem melhoras.

IMAGEM:



HD: Eczema de Estase

CD: A história da paciente sugere o diagnóstico de dermatite ocre. A hipertensão, obesidade e insuficiência vascular são bem relacionadas com o que chamamos de dermatite ou eczema de estase, que se apresenta tipicamente dessa forma descrita, com lesão em placa eritemato-violácea descamativa e liquenificada no terço inferior interno da perna. Quando essa lesão assume aspecto pigmentado com coloração acastanhada ou púrpurica de caráter crônico devido depósito de hemossiderina e ferro chamamos de dermatite ocre. E para esses casos o tratamento deve se basear em:

* elevação do membro, compressas úmidas com soro fisiológico seguidas de aplicação de corticóide tópico (diprosone, por exemplo) 2x por dia por 7 dias. E hidratar a pele todos os dias após o banho, com Proderm hidratante, ou óleo de girasol ou outro vaselina sólida (o que estiver disponível no local).

Porém, é fundamental que se trate a causa base que é a estase venosa. Fazer uso de meia elástica de compressão após a remissão dessa fase aguda e acompanhamento com o vascular seriam as medidas necessárias.

Outro ponto importante é avaliar a necessidade de antibioticoterapia, pois a erisipela pode ser tanto um diagnóstico diferencial como um agravante da dermatite de estase. Verifique se não há porta de entrada, calor local ou secreção em algum ponto e história de febre.

Suspender o miconazol e quadriderm em uso pela paciente.

CASO CLÍNICO 10: MANCHA HIPOCRÔMICA LINEAR

HISTÓRIA: Paciente procedente de Borba, de 13 anos, apresenta em região glútea direita, uma mancha hipocrômica, de aproximadamente 10 cm de comprimento, linear que surgiu há um ano.

IMAGEM:



HD: Líquen Estriado

CD: É uma hipopigmentação de causa desconhecida, que ocorre na maioria das vezes entre 2 e 15 anos e é mais freqüente em meninas. Essa hipopigmentação surge principalmente em troncos e membros, unilateralmente, formando faixas lineares. O prurido pode ocorrer e ser discreto. Pode ocorrer regressão espontânea, não necessitando de tratamento e nos casos onde há preocupação cosmética, prurido ou evolução longa, pode-se fazer uso de corticóide tópico: desonida creme, furoato de mometasona creme (elocom) ou outro de média potência e em último caso, de uma dexametasona creme, podem ajudar na resolução.

CASO CLÍNICO 11: PLACAS VERRUCOSAS PRURIGINOSAS

HISTÓRIA: Paciente procedente de Autazes, de 43 anos, sexo masculino, apresenta placas espessadas, violáceas, pruriginosas, com linhas brancas na superfície em região extensora dos braços. Há 6 meses em uso de trok pomada, benzoato de benzila e cetoconazol oral sem melhoras.

IMAGEM:



HD: Líquen Plano hipertrófico

CD: Uso oral:

- Anti-histamínico Hidroxizine 25mg 1cp de 12/12hs até melhorar prurido.

OBS: NÃO pode ser usado em pacientes com Glaucoma e nem associado com bebidas alcoólicas.

Uso local:

- Clobetasol creme 2x/dia por 10-15 dias, depois 1x/dia por 15 dias, e logo, em dias alternados por 3 semanas.
- Hidratação (ex: Proderm) 2x/dia após banhos rápidos, SEM bucha de banho e qualquer outro produto químico nos locais.
- Explicar ao paciente sobre possíveis recorrências e fatores associados

CASO CLÍNICO 12: CROSTAS ESPESSAS EM COURO CABELUDO E PELE

HISTÓRIA: Paciente procedente de Tefé, de 1 mês de vida, sexo masculino, apresenta eritema e descamação com crostas esbranquiçadas e espessas em couro cabeludo, região cervical e bolsa escrotal

IMAGEM:





HD: Dermatite seborréica do recém-nascido

CD: O caso em questão é sugestivo de dermatite seborréica em lactente devido às lesões em face, com aspecto da “coroa seborréica” também chamada de “crosta láctea”, acometimento de face, couro cabeludo, áreas flexurais (Reg. Cervical posterior) e perigenitais. Outro aspecto importante é o quadro exuberante e desde o nascimento que poderia sugerir a associação da dermatite seborréica com uma síndrome congênita! importante saber sobre o estado geral da criança, se durante esses dias a mesma apresentou outros sintomas.

- Usar óleo de amêndoas ou Johnson & Johnson morno para remover as crostas do couro cabeludo apenas uma vez!!.
- Também usar o óleo no corpo para hidratar a pele da criança após o banho.
- Cetoconazol creme misturado com Dexametasona creme por 10 dias, aplicando a mistura 2 vezes ao dia (Misturas os 2 na palma da mão). Após isso, aplicar apenas o Cetoconazol 2 x ao dia por 10 dias.
- Amilia Talco Líquido: Aplicar no corpo 2 x ao dia após a melhora do quadro.
- Usar o mínimo de sabonete, apenas o necessário.
- É importante seguir orientações como evitar roupas muito fechadas que produzam

calor.

- Evitar fraldas descartáveis.
- Uso de roupas frescas.
- Manter a criança em lugares sempre arejados.

CASO CLÍNICO 13: LESÕES VESICULARES DISSEMINADAS

HISTÓRIA: Paciente de 3 anos de idade, há uma semana com lesões maculosas, que evoluíram para pápulas, vesículas com umbilicação central, bolhas e crostas, associado a febre de 38c.

IMAGEM:



HD: Varicela

CD: Sintomáticos como antitérmicos e anti-histamínicos para o prurido. Higiene da pele com banhos frequentes e pasta d água, como secativo das vesículas

CASO CLÍNICO 14: MANCHAS ESCURAS NO CORPO

HISTÓRIA: Paciente de 52 anos, com manchas hiperocrômicas, de superfície lisa em locais de exposição solar.

IMAGEM:



HD: Melanose solar

CD: Protetor solar durante o dia e hidratação a noite

CASO CLÍNICO 15: LESÃO NODULAR EM MUCOSA ORAL

HISTÓRIA: Paciente de 17 anos, apresentando uma lesão nodular translúcida, indolor em mucosa oral.

IMAGEM:



HD: Mucocele

CD: O cisto mucoso ou mucocele tem caráter benigno e não traz grandes transtornos à saúde do paciente. Se não incomodar muito à paciente não há necessidade de tratamento, apenas acompanhamento. Caso contrário, à mesma deve procurar um centro de referência para realizar a exérese da lesão (tratamento cirúrgico). É importante orientar e acalmar a mesma quanto ao caráter benigno da lesão, informar que a causa é a obstrução dos condutos excretores das pequenas glândulas mucosas acessórias da cavidade oral, seja por traumatismo ou inflamações, hábitos de mordedura local, etc.

CASO CLÍNICO 16: LESÃO DE SUPERFÍCIE VERRUCOSA

HISTÓRIA: Paciente feminina, 10 anos, há 9 anos apresentando uma lesão formada por pápulas agrupadas, marrom-claras, com superfície verrucosa e bordas bem definidas localizadas em região retro-auricular unilateral. Nega dor ou prurido local.

IMAGEM:



HD: Nevo Epidérmico Verrucoso

CD: É uma lesão benigna e assintomática, frequentemente presente ao nascimento. A etiologia é um defeito congênito na pele e usualmente localizam-se em cabeça e pescoço. Quando são disseminadas, podem estar acompanhados de anormalidades em outros órgãos, como malformações nervosas, oculares, esqueléticas.

O tratamento é realizado para melhor aparência cosmética: crioterapia, laser, tretinoína 0,1% sob oclusão durante 10 semanas....mas o tratamento definitivo é cirúrgico.

CASO CLÍNICO 17: LESÃO PAPULONODULAR DE ASPECTO QUELOIDIANO

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, há 20 anos apresentando em áreas expostas, lesões papulonodulares múltiplas de aspecto queloidiano associado a prurido local e sangramento após trauma sobre a lesão.

IMAGEM:



HD: Lobomicose ou Doença de Jorge Lobo

CD: A principal hipótese diagnóstica é a Doença de Jorge Lobo ou Lobomicose. Descartar Hanseníase virchowiana e Leishmaniose tegumentar difusa. Para o diagnóstico é preciso encaminhar o paciente para um centro de referência para realizar a identificação microscópica do fungo.

O tratamento de eleição é a exérese cirúrgica ampla e profunda. Há resposta favorável com clofazimina e itraconazol por 12 meses.

CASO CLÍNICO 18: AUMENTO DE VOLUME DO NARIZ

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, 72 anos, há 10 anos percebeu que o nariz vem progressivamente aumentando de tamanho. Relata quadros de acne previamente.

IMAGEM:



HD: Rosácea com presença de rinofima

CD: Rosácea grau 4 com presença de Rinofima. A Rosácea é uma condição acneiforme, com quadros faciais iniciados por surtos eritematosos periódicos (flush facial), os quais com o passar do tempo evoluem para pápulas eritematosas pequenas, telangiectasias e pústulas. A evolução é crônica com alguns episódios agudos. Na fase tardia a pessoa apresenta o rosto vermelho com hiperplasia de glândulas sebáceas do nariz que leva ao aumento do volume deste, constituindo o quadro de rinofima. Sabe-se que bebidas alcoólicas e café pioram o quadro, assim como Corticóides. Pode-se usar metronidazol gel tópico a 1% associado a metronidazol 250mg 2 vezes ao dia, porém o metronidazol dá resultado em casos mais brandos. A isotretinoína oral é indicada para os casos intensos. Quanto ao

rinofima, pode ser tratado com uma concentração alta do ATA (Ácido tricloracético) ou cirurgia. No caso do paciente, encaminhar ao centro de referência em Manaus para melhor seguimento do tratamento.

CASO CLÍNICO 19: MÚLTIPLAS ÚLCERAS EM TRONCO

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, 42 anos, com antecedentes seqüela de hanseníase, apresentando lesões ulceradas em tronco, com bordas irregulares solapadas e halo eritematoso, com fundo purulento.

IMAGEM:



HD: Pioderma Gangrenoso

CD: Doença de caráter destrutivo local, rara, não-infecciosa, recidivante, caracterizada por ulcerações cujas bordas estão descoladas e elevadas com halo eritematoso e fundo da lesão granuloso recoberto por secreção seropurulenta. Há lesões em vários estágios de evolução simultaneamente. É comum que os pacientes tenham história prévia de comorbidades e de etiologia desconhecida. Pode associar-se a doenças sistêmicas como hepatite crônica ativa, Crohn, mieloma múltiplo, leukemia...

É necessário encaminhar o paciente à Manaus para investigação diagnóstica e tratamento da doença de base.

CASO CLÍNICO 20: LACTENTE COM CROSTAS DESCAMATIVAS E PLACAS ERITEMATOSAS

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, 4 meses, apresentando lesões crostosas em couro cabeludo desde o nascimento e placas eritematosas em tronco e membros. Em uso de hidrocortizona IM e dexametasona creme.

IMAGEM:





Diagnóstico: Dermatite Seborréica?

Síndrome de Rothmund-Thomson?

Linfoma?

Conduta: O caso da criança seria típico de dermatite seborréica em lactente se nos baseássemos apenas nas lesões de face e couro cabeludo (o aspecto da “coroa seborréica” também chamada de “crosta láctea”, acometimento de face, áreas flexurais e perigenitais). No entanto, as lesões do corpo apresentam aspecto diferenciado, arqueadas, que nos fazem lembrar linfoma. Outro aspecto importante é o quadro exuberante e desde o nascimento que poderia sugerir a associação da dermatite seborréica com uma síndrome congênita!!! Há que se questionar ainda se a mãe é HIV positivo.

No momento:

- Desmamar corticóide (se estiver fazendo uso contínuo do IM).
- Fazer eritromicina solução oral (administrar 2,5ml, “metade do copinho” 3x/dia, de

8/8h), de 7-10 dias para tratar a lesão do couro cabeludo (estáfilo).

- Usar óleo de amêndoas ou Johnson & Johnson morno para remover as crostas do couro cabeludo.
- Também usar o óleo no corpo para hidratar a pele da criança (após o banho).
- Agendar teleconsultoria síncrona para elucidação diagnóstica

CASO CLÍNICO 21: PÁPULAS ERITEMATOSAS PÓS PICADA DE INSETOS

HISTÓRIA: Paciente sexo feminino, 4 anos de idade, apresentando lesões papulares, algumas exulceradas, com eritema na periferia localizadas em membros associado a prurido. Mãe relata quadros parecidos recorrentes após picada de insetos.

IMAGEM:



HD: Estrófulo

CD: Orientar a mãe sobre a doença e a forma de prevenção: telar a casa, deixar a criança com roupas que cubram as áreas expostas do corpo, usar repelentes quando a pele estiver curada, sem lesões.

No momento, como há infecção secundária nas áreas acometidas e por se tratar de uma grande extensão do corpo, iniciar a cefalexina oral. Caso contrário, poderia usar cremes tópicos como diprogenta.

CASO CLÍNICO 22: MANCHAS HIPOCRÔMICAS DESCAMATIVAS

HISTÓRIA: Paciente sexo feminino, 14 anos de idade, apresentando poucas manchas hipocrômicas descamativas em dorso.

IMAGEM:



HD: Pityriase Versicolor

CD: Cetoconazol xampu em couro cabeludo e antifúngico tópico 2 vezes ao dia por 30 dias

CASO CLÍNICO 23: MANCHA HIPOCRÔMICA EM HEMICORPO ESQUERDO

HISTÓRIA: Paciente sexo feminino, 11 anos de idade, apresentando mancha hipocrômica em hemicorpo esquerdo, mais precisamente membro inferior e fossa supra-ílica, desde o nascimento. Mãe encontra-se preocupada, pois percebe crescimento da mancha. Nega dor ou prurido.

IMAGEM:



HD: Hipomelanose de Ito também chamada incontinência pigmentosa acromiã, que se caracteriza pela presença de uma área bem definida de pele hipopigmentada ao longo das linhas de Blaschko. As manchas acromiãs, irregulares, espiraladas

acometendo um hemitorço nos lembra a doença. As áreas acromicas podem estar freqüentes desde o nascimento ou surgir na primeira infância.

A causa é genética e se deve a alguma anomalia cromossômica que afeta genes pigmentares. O que nos preocupa é que pode vir associado a alterações musculoesqueléticas, dentárias, oftalmológicas, neurológicas..... Para isso, se a paciente relatar alguma queixa relacionada a esses sistemas previamente mencionados, solicitar exames complementares correspondentes...Sugerimos fazer acompanhamento com avaliação a cada 6 meses.

CD: Orientar a paciente sobre a doença e aconselhamento genético;

Pode haver repigmentação muito gradual. Raro!

Exposição solar e seguimento semestral para avaliar possíveis alterações extracutâneas.

CASO CLÍNICO 24: XEROSE CUTÂNEA E CROSTAS ESBRANQUIÇADAS PRURIGINOSAS

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, 84 anos de idade, apresentando crostas estratificadas, esbranquiçadas disseminadas em toda a pele. Refere prurido constante.

IMAGEM:





HD: Sarna crostosa (Norueguesa)

CD: Permetrina 5% passar na pele do pescoço aos pés por três noites seguidas e repetir a mesma dose após uma semana.

Ivermectina oral

Tratar os contatos prolongados do paciente e lavar as roupas de cama diariamente e passar a ferro.

CASO CLÍNICO 25: ÁREA EM COURO CABELUDO COM PERDA DE PELO BEM DELIMITADA

HISTÓRIA: Paciente sexo masculino, 17 anos de idade, apresentando perda de pelos rápida, bem delimitada, circular, com área de pele lisa, sem sinais inflamatórios em região parietal.

IMAGEM:



HD: Alopecia Areata

Alopecia Areata, que se caracteriza por perda de pêlos rápida, bem delimitada, geralmente circular, com área de pele lisa, sem sinais inflamatórios, que costuma acometer pacientes jovens. Na maioria das vezes ocorre repilação espontânea em alguns meses, porém há casos de progressão das lesões e de difícil tratamento, que costumam ocorrer em pacientes com início da lesão antes da puberdade, história familiar positiva, alterações ungueais, atopia e concomitância com doenças auto-imunes. A origem dessa doença não é totalmente esclarecida, mas acredita-se que fatores como ESTRESSE EMOCIONAL (o principal), fatores genéticos e auto-imunes estejam envolvidos.

CD: O tratamento sugerido seria com a aplicação local de minoxidil loção alcoólica a 5%, aplicando nos locais acometidos 2x por dia. Após 2 meses realizando esse tratamento o paciente deve ser reavaliado para então decidirmos se é necessário continuar por mais tempo o uso da medicação. Caso não consigam encontrar o minoxidil, pode ser utilizado o diprosalic solução capilar (este 2x por dia por 1 mês).

CASO CLÍNICO 26: PLACAS ERITEMATODESCAMATIVAS

HISTÓRIA: Paciente feminina, 27 anos de idade, apresentando placas eritematodescamativas circinadas em membros inferiores e tronco, com crescimento centrífugo, pouco pruriginosas.

IMAGEM:



HD: Tinha do corpo

CD: O tratamento depende da extensão, recorrência e localização. No caso acima, pode ser tratado topicamente por cobrir áreas limitadas.

Antifúngico tópico 2x/dia por 30-40 dias (Imidazólicos ou terbinafina 1% ou ciclopiroxolamina)

CASO CLÍNICO 27: MÁCULA ACRÔMICA EM GENITÁLIA

HISTÓRIA: Paciente masculino, 45 anos, procedente de São Gabriel da Cachoeira, apresentando lesão acrômica em genitália há 6 anos.

IMAGEM:



HD: Vitiligo Segmentar

CD: Pode ser usado um imunomodulador (Tacrolimo ou Pimecrolimo) 2x/dia por 3 meses. Explicar ao paciente que é um tratamento lento e que precisará retornar para avaliação e seguimento.

CASO CLÍNICO 28: PÁPULAS AMARELADAS EM FACE

HISTÓRIA: Paciente masculino, 10 anos, procedente de Tabatinga, apresentando múltiplas pápulas de conteúdo amarelado em face.

IMAGEM:



HD: Milium sebáceo

CD: O ideal seria extração das micropápulas ambulatorialmente. Com agulha de insulina, se faz uma abertura sobre a membrana da micropápula e logo se extrai o conteúdo sebáceo do interior. Se você não se sentir seguro para fazer, não haverá problemas maiores, por se tratar de lesões benignas. Pode ser feito uso diário de sabonete antioleosidade.

CASO CLÍNICO 29: PÁPULAS HIPERCROMICAS EM FACE

HISTÓRIA: Paciente feminina, 16 anos, procedente de Novo Aripuanã, apresentando múltiplas pápulas eritematosas e outras hiperocrômicas em face.

IMAGEM:



HD: Acne grau II e residual

CD: Sabonete para pele oleosa: sastide ou salder s ou actine, lavar o rosto 2x/dia;

Azelan gel- passar a noite no rosto e remover pela manhã por 2 meses

CASO CLÍNICO 30: ÁREAS DE DEGLABRAÇÃO EM COURO CABELUDO

HISTÓRIA: Paciente masculino, 5 anos, procedente de Parintins, há 3 meses apresentando falhas em couro cabeludo caracterizadas por pequenos cotos de cabelos ainda implantados.

IMAGEM:



HD: Tinha do couro cabeludo

CD: É indicado tratamento sistêmico com griseofulvina 10-20 mg/Kg/dia em duas tomadas ingeridas após as refeições por 30-90 dias. Pode ser associada a antifúngico tópico como o cetoconazol xampo

CASO CLÍNICO 31: PÁPULAS E ESCORIAÇÕES DIFUSAS

HISTÓRIA: Paciente DE 4 anos, procedente de Tabatinga, apresentando múltiplas pápulas e escoriações acometendo região periumbilical, interdigital e lateral dos pés, associado a prurido intenso.

IMAGEM:



HD: Escabiose

CD: tratar familiares e a criança com permetrina 5% . Os adultos fazem o tratamento por 3 noites seguidas e a criança por uma noite apenas com repetição após uma semana. O produto deve ser aplicado à noite após o banho, antes de dormir, do pescoço para baixo. Retirar no outro dia pela manhã no banho. Trocar toda roupa de cama durante o dia seguinte (passar ferro quente na roupa de cama antes de reusar).

CASO CLÍNICO 32: PLACA ERTEMATOSA COM BORDO NÍTIDO E CENTRO DEPRIMIDO

HISTÓRIA: Paciente de 64 anos, procedente de Autazes, agricultora, apresentando uma placa eritematosa com bordos nítidos e área central deprimida em região malar.

IMAGEM:



HD: Carcinoma Basocelular

CD: Encaminhar à Manaus para um centro de referência para confirmar diagnóstico e conduta terapêutica.

CASO CLÍNICO 33: RESSECAMENTO NAS MÃOS

HISTÓRIA: Paciente de 34 anos, dona de casa, apresentando ressecamento nas mãos, hiperlinearidade, leve eritema e descamação.

IMAGEM:



HD: Dermatite de contato irritativa

CD: Evitar o contato com o fator desencadeante e orientar o paciente a utilizar produtos alternativos. Usar cremes de corticóides (2x/dia por 7-10 dias) e vaselina sólida.