

**UNINGÁ**  
review



Qualis  
CAPES B4

ISSN *online* 2178-2571

# S U P L E M E N T O

Manual de Procedimentos Padronizados  
para o Internato

## - Dermatologia -

Curso de Medicina da Faculdade Inga

Hospital Metropolitano de Sarandi – PR

Hospital Memorial de Maringá - PR



Nº **12(3)S** Outubro / Dezembro October / December

2012

<b>Título / Title:</b>	UNINGÁ Review
<b>Periodicidade / Periodicity:</b>	Trimestral / <i>Quarterly</i>
<b>Diretor Geral / Main Director:</b>	Ricardo Benedito de Oliveira
<b>Diretor de Ensino / Educational Director:</b>	Ney Stival
<b>Diretor Acadêmico / Academic Director:</b>	Gervásio Cardoso dos Santos
<b>Diretor de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:</b>	Mário dos Anjos Neto Filho
<b>Diretora de Normas e Legislações / Laws Director:</b>	Gisele Colombari Gomes
<b>Diretora de Comunicação / Communication Director :</b>	Magali Roco

**Editor-Chefe / Editor-in-Chief:** Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho – UNINGÁ - PR

#### **Corpo Editorial / Editorial Board**

Prof. Dr. Afonso Pelli - UFTM - MG  
Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif – UNINGÁ – PR  
Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida - CEATOX / UNESP – SP  
Prof. Ms. Alex Sanches Torquato - UTFPR – PR  
Profª. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini - UNAERP – SP  
Profª. Dra. Claire Nain Lunardi Gomes - UnB - Brasília/DF  
Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson - UNINGÁ – PR  
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli - UNINGÁ – PR  
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora - USP – SP  
Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte - UEM – PR  
Prof. Dr. Roberto DeLucia - USP – SP  
Prof. Ms. Rogério Tiyo - UNINGÁ - PR

A Revista UNINGÁ Review é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009), com gestão do Prof. Ms. Ney Stival, Diretor de Ensino da Faculdade INGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessariamente, às opiniões da Revista UNINGÁ Review e de seu Corpo Editorial.

*The UNINGÁ Review Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009), with management of the Master Professor Ney Stival.*

*All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.*

*The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of UNINGÁ Review Journal and its Editorial Board.*

Prezado leitor

Temos a satisfação de divulgar a décima segunda edição, volume três, da Revista “UNINGÁ Review”.

“UNINGÁ Review” recebeu a estratificação B5 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Neste SUPLEMENTO, divulgamos o “Manual de Procedimentos Padronizados” para o desenvolvimento das atividades curriculares de “Internato em Dermatologia” do Curso de Medicina da Faculdade Inga, desenvolvido no Hospital Metropolitano de Sarandi – PR e Hospital Memorial de Maringá – PR.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho  
Editor-Chefe

*Dear reader, we are pleased to release the twelve edition, volume three, of the Journal "UNINGÁ Review."*

*UNINGÁ Review" received the concept of stratification B5 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.*

*In this SUPPLEMENT, we disclose the "Manual of Standardized Procedures" for the "boarding school in Dermatology" for the Medicine Course of the Faculty Inga, developed at "Hospital Metropolitano of Sarandi – PR" and "Memorial Hospital of Maringá – PR".*

*Happy reading!*

*Mario dos Anjos Neto Filho  
Editor-in-Chief*

Aos futuros colegas médicos:

*Todos os dias os exames subsidiários vem afastando médico e paciente, criando um relacionamento frio, com perda do contato humano e da valorização da história clínica e do exame físico. Ao nos depararmos com nossos pacientes a primeira coisa que chama nossa atenção é a sua pele, seu cabelo, suas unhas; o que muitas vezes pode ser a chave para diagnóstico da grande maioria das doenças.*

*Com este manual, buscamos dar ao acadêmico um apoio para facilitar e embasar o diagnóstico clínico e a orientação para investigação dos diagnósticos diferenciais. Buscamos guia-los quanto aos tratamentos das doenças de pele mais prevalentes da comunidade, e acima de tudo, orientá-los para que na suspeita de doenças mais graves ou neoplasias, vocês estejam aptos para diagnosticar, iniciar o tratamento e encaminhar para avaliação especializada.*

*Espero que sirva de valia e que estimule os futuros médicos a aprimorar seu conhecimento em dermatologia, bom internato a todos.*

**Profa. Dra. Priscila Wolf Nassif**  
Médica Dermatologia

<b>Principais formulações farmacêuticas para uso tópico em dermatologia.....</b>	<b>6</b>
<b>Medicamentos de uso tópico em dermatologia.....</b>	<b>7</b>
1- Antiinflamatórios Esteroidais de Uso Tópico.....	7
a. Efeitos colaterais dos antiinflamatórios esteroidais tópicos, de acordo com o local de administração.....	7
b. Principais nomes comerciais corticoides tópicos.....	8
2- Antiinflamatórios Esteroidais Sistêmicos.....	9
a. Efeitos colaterais dos antiinflamatórios esteroidais sistêmicos.....	9
3- Anti-histamínicos.....	10
a. Anti-Histamínicos Anti-H1 de Primeira Geração.....	10
b. Antihistaminicos Anti-H1 de Segunda Geração.....	10
Baixo Potencial Sedativo.....	10
Sem Efeitos Sedativo.....	11
4- Antifúngicos sistêmicos.....	11
5- Antifungicos tópicos.....	12
<b>Tipos Clínicos</b>	
Câncer de Pele.....	13
Hanseníase.....	14
Dermatite de Contato (DC).....	15
Dermatite de Contato Alérgica.....	16
Dermatite de Contato Fototóxica.....	17
Dermatite de Contato Fotoalérgica.....	17
<b>Rotinas do Ambulatório de Dermatologia.....</b>	<b>19</b>
<b>Referências.....</b>	<b>21</b>

**PRISCILA WOLF NASSIF.** Médica pela Faculdade Evangélica do Paraná. Residência em Clínica Médica pelo Hospital Universitário de Maringá - UEM e Especialista em Dermatologia pelo Instituto Lauro de Souza Lima. Reconhecida pela SBD/AMB e SBH/AMB. Professora Assistente de Dermatologia no Curso de Graduação em Medicina na Faculdade Ingá. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da UEM

**Endereço para correspondência:** Av. Paraná, 367, Centro, Maringá, Paraná, Brasil.  
CEP:87013-070 [prewolf@gmail.com](mailto:prewolf@gmail.com)

## PRINCIPAIS FORMULAÇÕES FARMACÊUTICAS PARA USO TÓPICO EM DERMATOLOGIA

As principais formulações farmacêuticas de interesse em Dermatologia são apresentadas abaixo, em ordem decrescente de potência:

*Pomada > Creme > Gel > Loção > Aerossol*

**Pomadas:** são formulações oleosas, indicadas no tratamento de lesões secas, liquenificadas.

**Crems:** são formulações com maior quantidade de água do que as pomadas, indicados no tratamento de lesões úmidas e áreas intertriginosas.

**Geis:** são preparações farmacêuticas constituídas por uma dispersão bicoerente e fase sólida em fase líquida.

**Loções:** são emulsões de pequenas gotas de uma substância gordurosa dispersas em água.

**Aerossóis:** são colóides onde um sólido ou um líquido é disperso em um gás. De modo geral, aerossóis são partículas de tamanho muito pequeno (de 0,002 µm a mais de 100 µm) suspensas no ar com alta mobilidade.

# MEDICAMENTOS DE USO TÓPICO EM DERMATOLOGIA

## 1- Antiinflamatórios Esteroidais de Uso Tópico

A absorção de antiinflamatórios esteroidais ocorre de modo decrescente, conforme as regiões do corpo abaixo especificadas:

*Genitais > Cabeça > Tronco > Palmas e Plantas*

A oclusão da pele pode aumentar em até 100 vezes a penetração do antiinflamatório esteroidal, e esta indicado em áreas de hiperqueratose, de difícil penetração, como palmas e plantas.

Na Tabela 1 poderá ser observada a correlação entre a capacidade de absorção do antiinflamatório esteroidal e a localização da lesão dermatológica.

**Tabela 1. Correlação entre a capacidade de absorção do antiinflamatório esteroidal e a localização da lesão dermatológica.**

Localização da lesão	Potência do corticoide tópico
Face	Baixa
Pregas (dobras)	
Mucosas	Baixa
Genitais	Média
Dorso das mãos e dos pés, Pernas e Braços	Intermediária a Alta Muito Alta se administrada em curtos períodos

### a. Efeitos colaterais dos antiinflamatórios esteroidais tópicos, de acordo com o local de administração:

Antiinflamatórios esteroidais locais: atrofia cutânea, telangiectasias, purpura, estrias, erupções acneiformes, dermatite perioral, hipertricose, dermatite de contato alérgica.

Antiinflamatórios esteroidais sistêmicos: quando utilizados em grandes áreas corporais, podem causar a síndrome de Cushing, retardo do crescimento em crianças, supressão do eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal (HHSR).

**b. Principais nomes comerciais corticoides tópicos:**

**PROPIONATO DE CLOBETASOL:**

Psorex <sup>®</sup>	creme, pomada e solução;
Therapsor <sup>®</sup>	creme, pomada e solução;
Clob-X <sup>®</sup>	creme, pomada, gel, xampu e loção.

**DESOXIMETASONA**

Esperson <sup>®</sup>	creme e pomada;
-----------------------	-----------------

**DIPROPIONATO DE BETAMETASONA**

Diprosone <sup>®</sup>	creme, pomada;
Diprogenta <sup>®</sup> (+gentamicina)	creme e pomada;
Duotrat <sup>®</sup> (+gentamicina)	creme;
Diprosalic <sup>®</sup> (+ácido salicílico)	pomada e solução .

**VALERATO DE BETAMETASONA**

Betaderm <sup>®</sup>	pomada, creme e solução;
Betnovate <sup>®</sup>	pomada, creme, solução e loção.

**FLUDROXICORTIDA**

Drenison <sup>®</sup>	creme, pomada (oclusivo).
-----------------------	---------------------------

**ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA**

Omcilon-A <sup>®</sup>	orabase.
------------------------	----------

**DESONIDA**

Desonol <sup>®</sup>	creme, loção capilar e loção cremosa;
Adinos <sup>®</sup>	gel creme.

**ACETATO DE HIDROCORTISONA**

Berlison <sup>®</sup>	creme e pomada;
Stiefcortil <sup>®</sup>	creme, solução, pomada;
Therasona <sup>®</sup>	creme e pomada.

**FUROATO DE MOMETASONA (clorado)**

Elocom <sup>®</sup>	creme e pomada (0,1%);
Topison <sup>®</sup>	creme 0,1%.

**ACEPONATO DE METILPREDNISOLONA**

Advantan <sup>®</sup>	creme e solução 0,1%.
-----------------------	-----------------------

## 2- Antiinflamatórios Esteroidais Sistêmicos

A prescrição de medicamentos é também um ato de escolha do médico. Um mesmo princípio ativo é comercializado sob diferentes nomes comerciais. A Tabela 2 sumariza a equivalência de nomes comerciais de fármacos em prescrições de antiinflamatórios esteroidais úteis em Dermatologia.

**Tabela 2. Equivalência de nomes comerciais de antiinflamatórios esteroidais em prescrições dermatológicas.**

Princípio Ativo	Nome Comercial	Quantidade
Hidrocortisona	Solu-cortef <sup>®</sup> ; Febocortid <sup>®</sup>	20 mg
Prednisona	Meticorten <sup>®</sup>	5 mg
Prednisolona	Predsim <sup>®</sup> ; Prelone <sup>®</sup>	5 mg
Metilprednisolona	Depomedrol <sup>®</sup> ; Solumedrol <sup>®</sup>	4 mg
Triamcinolona	Triamcinolona Base	4 mg
Betametasona	Celestone <sup>®</sup> ; diprospan <sup>®</sup>	0,6 mg
Dexametasona	Decadron <sup>®</sup>	0,75 mg
Deflazacort	Calcort <sup>®</sup>	6 mg

### a. Efeitos colaterais dos antiinflamatórios esteroidais sistêmicos:

- Diabetes córtico-induzido;
- Hipertensão arterial;
- Osteoporose;
- Catarata, glaucoma;
- Esofagite, ulcera;
- Imunodepressão;
- Agravamento insuficiência cardíaca;
- Síndrome de Cushing;
- Retardo crescimento em crianças;
- Hirsutismo, estrias, acne;
- Aumento de peso;
- Supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal;
- Estrongiloidiase disseminada (sempre tratar com antiparasitários pacientes em uso de corticoides sistêmicos);

A Tabela 3 sumariza o esquema de retirada, proposto por Samuels.

**Tabela 3. Esquema terapêutico de retirada de Samuels para antiinflamatórios esteroidais sistêmicos.**

Prednisona	Retirada
>20 mg/dia	¼ da dose a cada 4 dias
10-20 mg/dia	2,5 mg/semana
<10 mg/dia	2,5 mg a cada 2 semanas

### 3- Anti-histamínicos

Os antialérgicos, anti-histamínicos (anti-H1), competem com a histamina pelos seus receptores H1 da histamina. Os anti-H1 que bloqueiam os receptores H1 compreendem os anti-histamínicos de primeira geração, com efeito sedativo. Os anti-H1 de segunda ou terceira geração possuem pouco ou nenhum efeito sedativo.

Anti-histamínicos antagonistas da histamina para o receptor H2 (CIMETIDINA), são utilizados no tratamento de ulcera péptica, também tem utilidade em algumas condições dermatológicas (urticaria).

Existem ainda antidepressivos tricíclicos (DOXEPINA), usados normalmente em quadros de depressão, mas que por ligações não seletivas ao receptor H1, se mostraram potentes competidores da histamina.

Por último, há drogas que estabilizam a membrana do mastócito, impedindo a liberação de histamina: são os cromoglicatos e cetotifeno.

#### a. Anti-Histamínicos Anti-H1 de Primeira Geração

##### DIFENIDRAMINA

Difenidrin Solução Injetável - 50 mg/mL

HIDROXIZINA: intervalo mínimo entre doses de 6h.

Hixizine<sup>®</sup> 25 mg;

Prurizin<sup>®</sup> 10 mg.

##### CIPROHEPTADINA

Cobactin<sup>®</sup> 4 mg; 2 mg/5 mL

Cobavit<sup>®</sup> 4 mg; 2 mg/5 mL

##### CLEMASTINA

Agasten<sup>®</sup> 1 mg; 0,05 mg/1 mL

##### DEXCLORFENIRAMINA

Polaramine<sup>®</sup> 2 mg; 6 mg; 2 mg/5 mL; Gotas 2,8 mg/mL

##### PROMETAZINA

Fenergan<sup>®</sup> 25 mg; injetável 50 mg/2 mL; Creme 2%

\* pode causar fotossensibilidade.

#### b. Antihistamínicos Anti-H1 de Segunda Geração

##### Baixo Potencial Sedativo

##### CETIRIZINA

Zyrtec<sup>®</sup> 10 mg/dia

\* derivado hidroxizina.

##### LEVOCETIRIZINA

Zyxem<sup>®</sup> 5 mg

### **Sem Efeitos Sedativo**

FEXOFENADINA  
Allegra<sup>®</sup>, Altiva<sup>®</sup>, Rafex<sup>®</sup> 120 E 180 mg/dia;

LORATADINA  
Claritin<sup>®</sup> 10 mg/dia

EBASTINA  
Ebastel<sup>®</sup> 10 mg/dia

DESLORATADINA  
Desalex<sup>®</sup>, Sigmaliv<sup>®</sup> 5 mg/dia

EPINASTINA  
Talerc<sup>®</sup> 10 ou 20 mg/dia

RUPATADINA  
Rupafin<sup>®</sup> 10mg/dia

### **4- Antifúngicos sistêmicos**

A escolha do tratamento adequado é determinada pelo local e pela extensão da infecção, pela espécie de fungo envolvida, bem como pela eficácia, perfil de segurança e cinética dos medicamentos disponíveis. A terapia oral com agentes antifúngicos deve ser o tratamento de escolha para dermatofitoses que não respondem às terapias com fármacos de uso tópico, ou quando se deseja otimizar o tratamento medicamentoso tópico.

GRISEOFULVINA  
Fulcin<sup>®</sup> 500 mg

- Utilizado na tinea capitis e líquen plano;
- Tinea capitis crianças: 15-20 mg/kg/dia;
- Contraindicado: insuficiência hepática, gravidez, porfirias e LE

CETOCONAZOL  
Nizoral<sup>®</sup> 200 mg/dia

- Primeiro antifúngico oral. Interfere metabolismo de corticoides e andrógenos: causa ginecomastia, diminuição libido;
- Candidoses, pitiríase versicolor, dermatite seborreica, dermatofitoses, micoses profundas;
- Efeitos colaterais: hepatotoxicidade, aumenta o efeito de anticoagulantes.

## ITRACONAZOL

Itraspor<sup>®</sup>, Sporanox<sup>®</sup> 100 mg/dia

- Triazolico;
- Dermatofitoses, onicomicoses, candidoses, micoses profundas, pitiríase versicolor;
- Efeitos colaterais: hepatotoxicidade (menor do que a induzida pelo cetoconazol).

## FLUCONAZOL

Zelix<sup>®</sup>, Zoltec<sup>®</sup> 150 mg

- Triazolico
- Candidoses, dermatofitoses, onicomicoses, micoses profundas, pitiríase versicolor.;
- Pode ser utilizado em crianças acima de 6 meses;
- Efeitos colaterais: hepatotoxicidade.

## NISTATINA

Micostatin<sup>®</sup> 100.000u/mL (Suspensão Oral)

- Doses: 500.000 a 1 milhão de unidades, 3 a 4x/dia
- Antibiótico polienico de absorção intestinal pequena;
- Utilizado candidose oral e esofágica, intertrigos;

## TERBINAFINA

Lamisil<sup>®</sup>, Funtyl<sup>®</sup> 250 Mg

- Primeira alilamina de uso oral;
- Dermatofitoses, onicomicoses;
- Não se demonstrou hepatotoxicidade induzida pela terbinafina.

## 5- Antifungicos tópicos

São preferencialmente utilizados quando a infecção fungica é localizada.

## CICLOPIROXOLAMINA

Micolamina<sup>®</sup>: creme e esmalte

## ISOCONAZOL

Icaden<sup>®</sup>: creme e spray

## CETOCONAZOL

Cetonax: xampu e creme

## MICONAZOL

VODOL<sup>®</sup>: pó e loção

## CLOTRIMAZOL

Dermobene<sup>®</sup>, Canesten<sup>®</sup>

## TIPOS CLÍNICOS

### CÂNCER DE PELE

Merecem destaque: Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular e o Melanoma Cutâneo

#### 1) Carcinoma Basocelular

Tipo mais comum neoplasia epitelial – 65% casos;  
Células semelhantes células basais da epiderme;  
Pápula rósea perolácea (perolada) com telangiectasias;  
Malignidade local: pode invadir tecidos adjacentes e ossos.

#### 2) Carcinoma Espinocelular

Proliferação de células espinhosas;  
15% casos dos tumores neopiteliais;  
Apresenta-se como área queratósica infiltrada ou nódulares;  
Pode ulcerar;  
Pode tornar-se vegetante;  
Pode produzir metástases  
Pode se originar a partir de: queratose actínica, leucoplasia, radiodermite, úlceras, cicatrizes queimadura, transplantados renais.

#### 3) Melanoma Cutâneo

Mais maligno dos tumores cutâneos  
Pode originar-se de nevo composto ou juncional  
70% casos NÃO origina-se de nevo pre-existente  
Grande potencial metástase (LLBB)

- |                  |   |
|------------------|---|
| - Pulmao (lung)  | + |
| - SNC (brain)    | ↓ |
| - Fígado (liver) | ↓ |
| - Ossos (bone)   | - |

#### ▪ MELANOMA

Extensivo-superficial;  
70% casos;  
Mais comum;  
Dorso homens/ MMII mulheres.  
Nodular  
Px desfavorável:– crescimento vertical;  
Lentiginoso acral;  
Negros;

Lentigo maligno melanoma;  
Áreas expostas idosos.

O prognóstico do melanoma depende:

Espessura do tumor na histopatologia\*\* (Breslow);  
Nível invasão na histopatologia (Clark);  
Presença ulceração;  
Invasão est. vasculares;

Sobrevida

Fases iniciais: 95% sobrevida 5 anos;  
Envolvimento dos linfonodos: 36%;  
Metástases disseminadas: 5%.

#### 4) Queratose Actínica

Pré-malignas;  
Lesões máculo-papulosas ou placas;  
Recobertas por escamas secas;  
Superfície áspera;  
Áreas expostas.

### HANSENIASE:

Para o diagnóstico de hanseníase, o paciente deve apresentar uma ou mais de uma das seguintes características, requerendo quimioterapia:

- Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo(s) com espessamento neural;
- Baciloscopia positiva.

#### Quadro Clínico

Manchas pigmentares ou discrômicas;

- Placa: lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir-se em aglomerado de placas.

- Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite.

- Tubérculo: pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz.

- Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho.

É processo patológico que localiza-se na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível

Dor e espessamento dos nervos periféricos;

Perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, mãos e pés;

Perda de força nos músculos inervados por esses nervos principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.

#### Classificação operacional para fins de tratamento quimioterápico.

Paucibacilares (PB): casos com até 5 lesões de pele;

Multibacilares (MB): casos com mais de 5 lesões de pele.

#### **Esquema Terapêutico Paucibacilar (PB)**

Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada,

Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada;

Duração do tratamento: 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina.

Critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses.

#### **Esquema Terapêutico Multibacilar (MB)**

Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

Clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto administrada;

Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto- administrada;

Duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;

Critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses

### **DERMATITE DE CONTATO (DC)**

**Conceito:** dermatite de origem externa - agentes externos que em contato com a pele causam inflamação. Corresponde a cerca de 5-20% das consultas dermatológicas, 80% das Dermatoses Ocupacionais (DO).

#### **Classificação**

1. DC por irritante primário (DCIP);
2. DC alérgica;
3. DC fototóxica;
4. DC fotoalérgica;

**DC por Irritante Primário:** causada por substâncias que agriem a pele, sem fenômenos imunológicos (H<sub>2</sub>O, Ácidos, Alcalis, Solventes, etc.). Representam 80% das DC e 60% das DO.

**A. DCIP absoluto (ou aguda):** causada por cáusticos potentes. Ex.: ácidos e álcalis concentrados, têm aspecto de queimadura, com bolhas ou necrose.

**B. DCIP absoluto de efeito retardado:** aguda mas com início após 8-24hs. Ex.: podofilina, antralina; cimento molhado, com eritema, edema e eventualmente bolhas.

**C. DCIP relativo:** irritantes fracos, de uso frequente, fazem com que a pele não consiga se recuperar, dando o aspecto de desgaste. Ex.: H<sub>2</sub>O mais produtos domésticos; solventes; urina; fezes.

**D. DCIP tipo reação irritante:** desencadeada por irritantes fracos, mas de uso constante. Ex.: cosméticos; suor ocluído.

**E. DCIP tipo pustulosa ou acneiforme:** comumente ausadas pelo contato com óleos e metais.

**F. DCIP tipo reação subjetiva:** produz sensações “sine materiae”, sem reações aparentes. Ex.: cosméticos, suor.

**Etiopatogenia:** lesão de queratinócitos → Citocina → Células (QT; células de Langerhans - CL; Merckel) → Citocinas → Inflamação.

Os mediadores são semelhantes aos da DC alérgica, porém mais tardios (>24hs): citocinas TNF alfa, IL 1; IL 2; IL 6; IL 10 e ICAM 1 (molécula de adesão que se liga a Linfócitos T (LT)).

**Fatores Predisponentes:**

1. Idade (crianças e idosos);
2. Sexo (Feminino);
3. Cor (negra a menos susceptível);
4. Substância (tamanho da molécula, solubilidade, veículo, concentração);
5. Exposição (frequência, tempo, modo (oclusão), atrito, pressão);
6. Clima (frio, baixa umidade, vento).
7. Atopia

**DERMATITE DE CONTATO ALERGICA**

Reação Imunológica, tipo IV (Imunidade Celular)

São apenas 20% das DC e 25 a 30% das Dermatoses ocupacionais.

**Etiopatogenia:** observa-se 3 fases:

1. Fase de Indução (= sensibilização = imunização): via aferente;
2. Fase de Elicitação (= desencadeamento): via eferente;
3. Fase de Resolução.

**1. Fase de Indução (via aferente):** início após 1 8-24h de contato da pele com a substância. Esta fase completa dura 5-7 dias no mínimo.

**2. Fase de Elicitação (via eferente):** após novo contato com o mesmo hapteno. As células de memória reconhecem o antígeno no “Carrier” protéico da Celula de Langerhans → LTH1 → Citocinas → Inflamação (após 24 a 48 h). Mediadores da Inflamação: Citocinas (QT, CL, Merckel, LTH1): IL1; IL2; IL3; IL6; INF alfa; TNF gama e ICAM-1.

**3. Fase de Resolução:** é a freagem da inflamação. Inicia-se 48h após a entrada do hapteno. Mediadores LTCD8; TNF: 1110 (inibe síntese de citocinas de TH1 e QT); Mastócitos e Basófilos → Histamina LTCD8 (supressores); If gama → Macrófagos → Prostaglandinas E - PGE (IL2).

**Fatores Predisponentes:**

- Idade (< crianças - menos expostas; > idosos - mais expostos);
- Sexo: Feminino predomina Níquel e perfume e no masculino os antígenos ocupacionais.
- Cor da pele (duvidoso);
- Profissão: construção civil, metalurgia, doméstica, área da saúde.

**DERMATITE DE CONTATO FOTOTÓXICA**

Não há fenômenos imunológicos, é reação semelhante à queimadura solar exagerada, ocorre em qualquer indivíduo com diferentes susceptibilidades.

Não há fase prévia de sensibilização.

Ocorre minutos ou horas após a exposição à luz.

A luz é absorvida por um cromóforo (DNA, melanina).

Fotossensibilizantes: psoralênicos (do limão ; figo; caju).

Luz + cromóforos + substância fotossensibilizante → radicais livres (oxigênio com elétron desemparelhado, chamado de “singlet”) → dano da membrana celular → entra  $Ca^{+2}$  na célula. Ativa a fosfolipase A2 que atua no ácido aracônico → leucotrienos e prostaglandinas → INFLAMAÇÃO.

**DERMATITE DE CONTATO FOTOALÉRGICA**

Mecanismo semelhante à DCA (imunológica tipo IV).

O Antígeno do fotoalergeno + luz do cromóforo se torna molécula ativa + “Carrier” glicoprotéico da Celula de langerhan e sensibiliza o LT.

Fotoalergenos: AINH, antimicóticos, perfumes, sulfas, tiazídicos.

**Clínica das dermatites de contato:**

As DC manifestam-se como eczema (agudo, subagudo, crônico).

Na pálpebra e genital predomina o edema e nas palmas e plantas a queratose.

Outras formas:

- Tipo eritema polimorfo (plantas - primula, caviúna, jacarandá; formol; epóxi; medicamentos - neomicina, sulfas, EDA.
- Purpúrica (borracha - PDA; medicamentos - quinidina; CO.
- Hiper Cromiãnte (perfumes; corantes).
- Hipocromiãnte (fenólicos; hidroquinona).
- Liquenóide (reveladores fotográficos; Níquel; epóxi).
- Acneiforme (óleos; cosméticos; medicamentos - nitrofurazona; metais).
- Hiperkeratósica - “Hardening” (irritantes; borracha).

Observação: a urticária de contato não é considerada DC. Reação imunológica tipo I (Imediata mediada por IgE).

**Diagnóstico:** é feito através de:

**História:** pergunta-se ao paciente como e quando iniciou a reação e quais os produtos usados no local da lesão.

**Exame Dermatológico:** dermatite, geralmente eczematosa. A forma e a localização ajudam na elucidação.

As localizações mais frequentes são as mãos, face, pescoço, pés, tronco e mais raramente sensibilização à distância.

**Exames Subsidiários:**

Histopatológico: raramente utilizado.

Teste de contato ou “patch test”.

Teste provocativo de uso ou teste aberto interativo ou Roat (“Repeated Open Application Test”).

Aplicar na mesma região 2 X dia, 7 dias (região anterior do antebraço).

Ex.: cosméticos e tópicos.

Fototeste de contato

**Tabela 4. Principais características das Dermatites de Contato**

Características	Fototoxicidade	Fotoalergia
Incidência	↑	↓
Quadro clínico	lesões eritematosas com ou sem bolhas seguidas de pigmentação	quadro de eczema em área exposta
Lesões à distância	não	sim
Possibilidade de reatores persistentes	não	sim
Espectro de ação	idêntico ao da absorção	em geral, ondas mais ↑
Tempo dependente	sim	não
Reação cruzada com outros agentes	rara	comum
Alteração química do fotossensibilizador	não	sim
<b>Fenômenos imunológicos:</b>		
Primeira exposição	sim	não
Período de sensibilização após a primeira exposição	não	sim
Tempo de aparecimento das lesões após a exposição	primeiras horas	24-48 h
Sensibilidade cruzada	não	sim
Concentração da substância	↑	↓
Ligação covalente c proteína	não	sim
Atividade células de Langerhans	não	sim
Transferência passiva por céls imunocompetentes	não	sim
Transformação blástica dos linfócitos	não	sim
Fisiopatologia	lesão tecidual direta	resposta de hipersensibilida de tipo IV
<b>Diagnóstico:</b>		
Agente tópico de contato	clínico	fotopatchteste
Agente sistêmico	clínico + fototeste	clínico + fototeste;

## ROTINAS DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>EXAMES</b>	<b>CONDUTA</b>
<b>URTICÁRIA</b>	Hemograma, TSH, Urina, TGO, TGP, Parasitológico de fezes, Urina, VHS, PCR, Sorologia H. pylori, Rx seios da face.	Anti-histamínicos; Orientar sobre medicamentos que devem ser evitados: permitido somente paracetamol. Tratar verminose empiricamente.
<b>DERMATITE ATÓPICA</b>	Hemograma, IgE total, Parasitológico de fezes.	Cuidados com banho, hidratação, roupas de algodão, evitar alimentos com conservantes e corantes, evitar poeira (quarto limpo), evitar animais.
<b>ALOPECIA AREATA</b>	Hemograma, TSH, parasitológico de fezes, glicemia. Avaliar infecções: sinusite/foco dentário.	Tratar verminose empiricamente. Avaliação psicológica.
<b>EFLUVIO TELOGENO</b>	Hemograma, ferro sérico, ferritina, VDRL, FAN, TSH.	Questionar sobre cirurgias/ infecções recentes/ medicamentos.
<b>VITILIGO</b>	Hemograma, glicemia, TGO, TGP, TSH.	Avaliação psicológica.
<b>HANSENIASE</b>	Hemograma, G6PD, enzimas hepáticas, bilirrubinas, creatinina, Mitsuda, Baciloscopia.	Biopsia s/n; Avaliação sensitivo-motora; Oftalmol. s/n; Fisio s/n.
<b>LEISHMANIOSE</b>	Hemograma, Urina, TGO, TGP, FA, Gama GT, bilirrubina, ureia, creatinina, amilase, ECG, MONTENEGRO, Sorologia leishmaniose, VDRL, RX tórax.	Biopsia s/n.
<b>ONICOMICOSE</b>	TGO, TGP, FA, Gama GT, bilirrubinas; Exame micológico direto e cultura fungos.	Repetir exames de 3 em 3 meses.
<b>PRURIDOS</b>	Hemograma, TGO, TGP, FA, Gama GT, bilirrubinas, creatinina, ureia, TSH, glicemia de jejum, parasitológico de fezes, Rx tórax PA, anti HIV 1 e 2.	Anti-histamínicos: Doxepina; Hidratação.

## ROTINAS DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA

MEDICAMENTO	EXAMES	PRÉ-REQUISITO	RECEITA	RETORNO
<b>CORTICÓIDE</b> <b>-PREDSIM</b> <b>-METICORTEN</b>	Hemograma, glicemia, Na, K, Ca, dosagem 25-hidroxitamina D, Urina, Parasitológico de fezes.  Densitometria óssea anual.	Tratar verminose com Albendazol 400 mg/d por 5 dias.  Repor cálcio + vitamina D com: - Osteonutri 1 cp/dia  Checar Pressão arterial em todas consultas.	Normal  Prescrever para tomar sempre pela manhã.	Quando for retirar o medicamento, sempre com esquema lento.  Orientar o paciente não suspender o medicamento sem orientação medica (risco insuficiência de suprarrenal)
<b>ISOTRETINOINA</b> <b>- ORAL (ACNE)</b> <b>- CP DE 20 mg</b>	Hemograma, lipidograma, enzimas hepáticas e bilirrubinas  -Beta-HCG mensal para mulheres.	Anticoncepção 1 mês antes e 1 mês após.	Chequinho. Termo de consentimento.	Mulher: Mensal.  Homem: primeiro em 1 mês, depois em 3 meses.
<b>METOTREXATE</b> <b>- CP 2,5 mg</b>	Hemograma, uréia, creatinina, enz. Hepáticas, bilirrubina, beta-HCG, sorologia hepatites B, C e HIV.	Repor ácido fólico 5mg/dia.	Normal Tomar nas segundas e/ou terças-feiras.	Calcular dose acumulada. Máximo 3 gr.
<b>ACITRETINA</b> <b>- CP DE 10 mg ou 25 mg</b>	Hemograma, lipidograma, creatinina, enzimas hepáticas, bilirr., glicemia Para mulher só se laqueada ou menopausa		Chequinho Termos	Repetir exames

## REFERÊNCIAS

1. JEAN L. BOLOGNIA, M.D.; JOSEPH L. JORIZZO, M.D.; RONALD P. RAPINI **Dermatologia** - Vol. 1. 2007
2. SEBASTIÃO A. P. SAMPAIO EVANDRO A. RIVITTI. **Dermatologia**. Artes Médicas3a. 2007.
3. "IPELE Primeiro Livro On-line de Dermatologia" [www.ipele.com.br](http://www.ipele.com.br)
4. BRASIL. **Guia para o Controle da Hanseníase**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseniose.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf)
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA. **Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia**. 2003. [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/055.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/055.pdf)
6. GAGLIARDI RJ, RAFFIN CN, FÁBIO CVB, SAMPAIO SAP. **Carcinoma Basocelular**. 2002. [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/028.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/028.pdf)
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Diagnóstico e Tratamento do Eczema de Contato**. 2001. [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/044.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/044.pdf)



UNINGÁ  
review

---