



Elcilane Gomes Silva
Samara Guilhermina de Sousa
Francisca Regina Oliveira Carneiro
Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia

[Organizadoras]

DERMAPA

*Mapas conceituais em
dermatologia*



Elcilane Gomes Silva
Samara Guilhermina de Sousa
Francisca Regina Oliveira Carneiro
Lizomar de Jesus Maues Pereira
[Organizadoras]

DERMAPA
Mapas conceituais em dermatologia



CORPO EDITORIAL

Editor-Chefe

Tassio Ricardo Martins da Costa

Enfermeiro, Mestrado em andamento, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Editor-chefe, Editora Neurus. Professor Universitário. Consultor em Desenvolvimento de Pesquisa em Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil.

Editora-Executiva

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutoranda, Programa de Doutorado Acadêmico Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA. Belém, Pará, Brasil.

Editora-Técnica

Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira

Enfermeira, Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva adulto e em Estomaterapia, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Belém, Pará, Brasil.

Conselho Editorial

Sting Ray Gouveia Moura

Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Empresas, Faculdade Pitágoras em Marabá. Doutor em Educação Física, Universidade Católica de Brasília (UCB), Marabá, Pará, Brasil.

Adriana Letícia dos Santos Gorayeb

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Reitora do Centro Universitário da Amazônia (UniFAMAZ), Pará, Brasil.

Simone Aguiar da Silva Figueira

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Santarém, Pará, Brasil.

Selma Kazumi da Trindade Noguchi

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Sarah Lais Rocha

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Marabá. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Carajás, Pará, Brasil.

Suanne Coelho Pinheiro Viana

Enfermeira. Mestre em Políticas de Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA). Responsável Técnica pelo curso de Enfermagem, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PA), Belém, Pará, Brasil.

Anne Caroline Gonçalves Lima

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Centro Cirúrgico, CME e RPA (CGESP). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Belém, Pará, Brasil.

Isis Ataíde da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Amazônia. Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Oncologia na Modalidade Residência Uniprofissional em Saúde. Hospital Ophir Loyola/Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Daniel Figueiredo Alves da Silva

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

Elcilane Gomes Silva

Médica, Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Alfredo Cardoso Costa

Biólogo, Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

Renata Campos de Sousa Borges

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

Nathalie Porfirio Mendes

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde do Idoso, modalidade residência. Coordenadora de Centro Cirúrgico HPSM-MP, SESMA. Docente no Centro Universitário FIBRA. Belém, Pará, Brasil.

Leopoldo Silva de Moraes

Enfermeiro. Biólogo, Doutor, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.

David José Oliveira Tozetto

Médico intensivista. Doutorando no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenador Adjunto do curso de medicina, UEPA, Marabá, Pará, Brasil.

Elisângela Claudia de Medeiros Moreira

Psicóloga, Doutora em Doenças Tropicais, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

Benedito do Carmo Gomes Cantão

Bacharel em Direito pela Faculdade Gamaliel. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Cirurgia e Pesquisa experimental pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CI-PE) da UEPA. Especialista em Enfermagem Oncológica e Terapia Intensiva. Coordenador da Clínica Cirúrgica e Oncológica do Hospital Regional de Tucuruí. Professor auxiliar IV, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

Vanessa Costa Alves Galúcio

Biomédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora e Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia, em Gestão Ambiental e em Gestão da Segurança de Alimentos. Atualmente ministra aula na Faculdade Cosmopolita para os cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Biomedicina. Belém, Pará, Brasil.

Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues

Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (RENORBIO). Pós-Graduação em Farmacologia e Farmácia Clínica com ênfase em Prescrição Farmacêutica/IBRAS. Professora voluntária do Instituto de Ciências Farmacêuticas (ICF) na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ciências Farmacêuticas/UFAL. Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Terapia Floral de Bach. Técnica em Química Industrial formada pelo Instituto Federal de Alagoas.

FICHA CATALOGRÁFICA

S586d

Silva, Elcilane Gomes

Dermapa – mapas conceituais em dermatologia / Elcilane Gomes Silva, Samara Guilhermina de Sousa, Francisca Regina Oliveira Carneiro e Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia – 1º ed. Belém, PA: Neurus, 2023.
82 f : il. Color.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-00-88484-5

[10.29327/5338084](https://doi.org/10.29327/5338084)

<https://doi.org/10.29327/5338084>

 10.29327/5338084

1. Pele – doenças. 2. Dermatologia - manual. 3. Manifestações cutâneas de doenças. I. Sousa, Samara Guilhermina de. II. Carneiro, Francisca Regina Oliveira. III. Moia, Lizomar de Jesus Maues Pereira. IV. Título.

CDD: 23. ed.: 616.5

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Bibliotecária
Thais Cravo Amorim Santos – CRB2/1340

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores

A *Editora Neurus* e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os conteúdos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da *Editora Neurus*

Editora Neurus
Belém/PA
2023

INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Elcilane Gomes Silva

Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

Samara Guilhermina de Sousa

Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

Francisca Regina Oliveira Carneiro

Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

Lizomar de Jesus Maues Pereira

Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

APRESENTAÇÃO

A Dermatologia é a especialidade médica que se ocupa do diagnóstico e tratamento clínico-cirúrgico das doenças que acometem o maior órgão do corpo humano – a pele. A especialidade engloba ainda as doenças que acometem os anexos cutâneos: cabelos e unhas, bem como as mucosas.

Este é um manual destinado especialmente aos acadêmicos de Medicina, médicos da Atenção Primária à Saúde e áreas afins, com foco educativo. É uma obra, que será composta de vinte e três capítulos e servirá de objeto de consulta aos que compartilham do mesmo interesse: o ensino da Dermatologia.

O objetivo deste manual é apresentar de forma didática, com mapas conceituais, tópicos que abordam a propedêutica dermatológica. Os mapas conceituais são estratégias de aprendizagem que podem ser usadas na construção do conhecimento, pois organiza e interliga os conceitos relacionados contribuindo para o processo de aprendizagem e estimulando o desenvolvimento cognitivo. Assim, contribuirá de maneira ampla pelo seu valor didático e científico para a condução das dermatoses.

O ensino da dermatologia agradece e, certamente, também aos pacientes, pelos benefícios e motivações que trabalhos como este aperfeiçoam o conhecimento e geram pesquisas, que por sua vez estimulam novas perguntas e discussões a fim de melhorar a resolutividade e tempo de espera dos pacientes com afecções dermatológicas.

Profa. Msc. Elcilane Gomes Silva

Doutoranda do PPG-ESA/UEPA

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	13
CONSULTA DERMATOLÓGICA	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-1	
CAPÍTULO II	16
LESÕES ELEMENTARES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-2	
CAPÍTULO III	19
ACNE VULGAR	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-3	
CAPÍTULO IV	22
ALOPECIAS	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-4	
CAPÍTULO V	25
CANDIDÍASES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-5	
CAPÍTULO VI	28
DERMATITE ATÓPICA	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-6	

CAPÍTULO VII	31
DERMATITE DE CONTATO	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-7	
CAPÍTULO VIII	34
DERMATITE SEBORREICA	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-8	
CAPÍTULO IX	37
ERISIPELA	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-9	
CAPÍTULO X	40
ESCABIOSE	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-10	
CAPÍTULO XI	43
FOLICULITES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-11	
CAPÍTULO XII	46
CELULITE	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-12	

CAPÍTULO XIII	49
IMPETIGO	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-13	
CAPÍTULO XIV	52
HANSENÍASE	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-14	
CAPÍTULO XV	55
HERPES SIMPLES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-15	
CAPÍTULO XVI	58
HERPES ZÓSTER	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-16	
CAPÍTULO XVII	61
ONICOMICOSES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-17	
CAPÍTULO XVIII	64
DERMATOFITOSES	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-18	

CAPÍTULO XIX	67
PITIRÍASE VERSICOLOR	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-19	
CAPÍTULO XX	70
PSORÍASE	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-20	
CAPÍTULO XXI	73
CÂNCER DE PELE – CARCINOMA ESPINOCELULAR	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-21	
CAPÍTULO XXII	76
CÂNCER DE PELE – CARCINOMA BASOCELULAR	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-22	
CAPÍTULO XXIII	79
CÂNCER DE PELE – MELANOMA	
<i>Elcilane Gomes Silva; Samara Guilhermina de Sousa; Francisca Regina Oliveira Carneiro; Lizomar de Jesus Maues Pereira; Renata Mie Oyama Okajima; Carla Andréa Avelar Pires; Maria Amélia Lopes dos Santos</i>	
10.29327/5338084.1-23	
REFERÊNCIAS	82



CAPÍTULO I

CONSULTA DERMATOLÓGICA

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

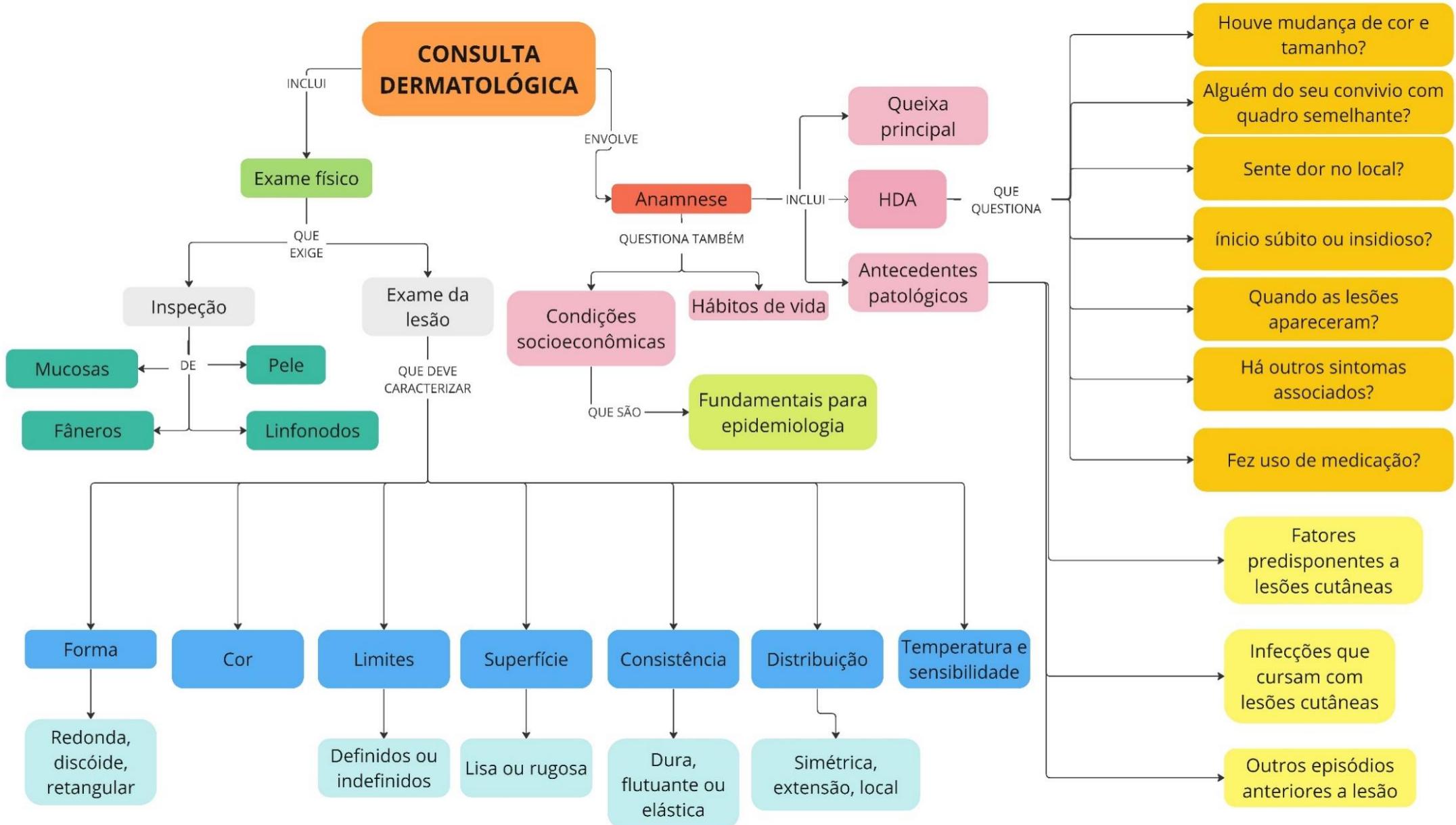
^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

Quando se fala acerca de consulta dermatológica, é essencial frisar que o diagnóstico dermatológico é consequência de um processo que obedece a uma sequência investigativa, com uma exploração cutânea atenta e minuciosa. Dentro da anamnese dermatológica não há grandes dissonâncias quando comparado com a semiologia das demais áreas médicas, e envolve atenção para a queixa do paciente, descrição adequada da história da moléstia atual, questionando mudança de cor e tamanho da lesão, forma de início, dor, tempo de aparecimento, casos semelhantes nos conviventes e outras informações importantes para a suspeita clínica.

Além disso, deve-se questionar os antecedentes patológicos pessoais e fisiológicos, os hábitos de vida do paciente e condições socioeconômicas, que podem ser fundamentais para a epidemiologia de algumas doenças. Ao abordar o exame físico dermatológico, destaca-se que toda a pele deve ser inspecionada, incluindo mucosas, órgãos genitais, cabelo, unhas e linfonodos periféricos.

Nesse sentido, deve ser realizado um exame minucioso da lesão, com descrição de sua forma, tamanho, cor, limites, superfície, consistência, distribuição, sensibilidade e temperatura. Por fim, ressalta-se que o diagnóstico dermatológico é frequentemente clínico, de forma que uma anamnese adequada e um exame físico completo e bem executado podem evitar que o paciente se submeta a exames complementários dispensáveis para o diagnóstico.

MAPA CONCEITUAL 1 – CONSULTA DERMATOLÓGICA



CAPÍTULO II

LESÕES ELEMENTARES

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

As lesões elementares são definidas como padrões de alteração no tegumento, cujo reconhecimento possibilita a construção de hipóteses diagnósticas. É essencial, em algumas situações, considerar não apenas o aspecto morfológico clínico da lesão, mas também o processo patológico subjacente.

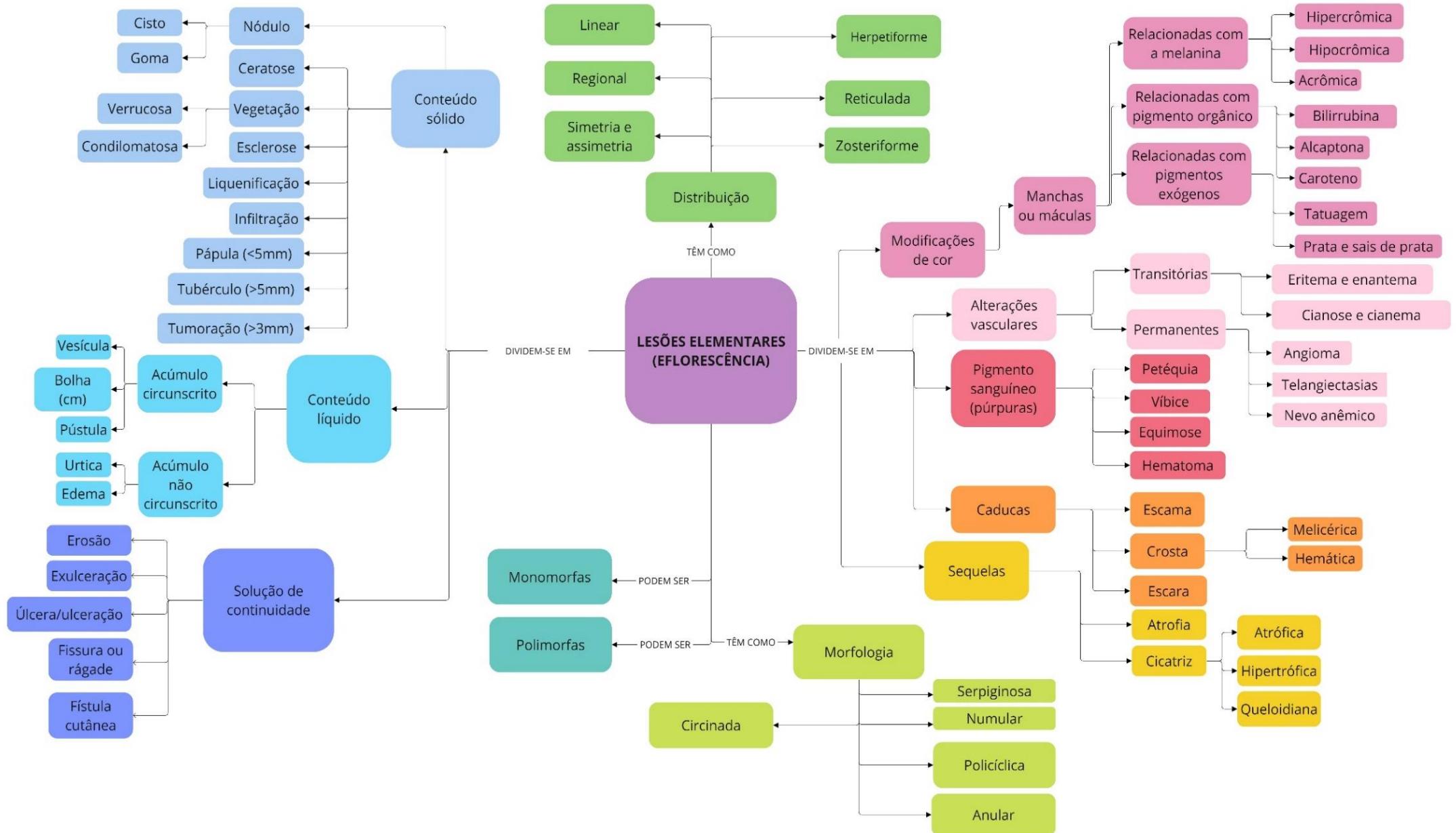
São causadas por modificações decorrentes de processos inflamatórios, circulatórios, neoplásicos, degenerativos, alterações metabólicas ou congênitas. Podem ser classificadas em: lesões por modificações da cor (máculas ou manchas), eflorescências elementares de conteúdo líquido, púrpura, eflorescências elementares caducas, lesões por alterações vascular, eflorescências elementares por solução de continuidade, eflorescências elementares de conteúdo sólido e sequelas.

As lesões por modificação da cor podem ser relacionadas à melanina, relacionadas com pigmentos orgânicos aumentos ou com pigmentos exógenos. As eflorescências de conteúdo líquido podem ser de acúmulo circunscrito, como vesícula, bolha e pústula, ou de

acúmulo não circunscrito, como a urtiga e o edema. A púrpura divide-se em petéquias, equimoses e víbice, e as lesões caducas podem ser do tipo escama, crosta ou escara.

As lesões por alterações vasculares podem ser transitórias como eritema e enantema, as quais caracterizam-se por serem sempre planas, máculas, ou permanentes, como o angioma, que são hiperplásicas e podem ter relevo. As eflorescências de conteúdo sólido incluem pápula, tubérculo, nódulo, ceratose, esclerose, liquenificação, vegetação e outras. E, por fim, as sequelas podem ser do tipo atrofia ou cicatriz. Além da identificação supracitada, é importante avaliar também a distribuição, se são lineares e assimétricas, por exemplo, a morfologia, como anular ou circinada e se são polimorfas ou monomorfas.

MAPA CONCEITUAL 2 – LESÕES ELEMENTARES



CAPÍTULO III

ACNE VULGAR

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A acne vulgar consiste em uma doença genético-hormonal, de caráter autolimitado, localização pilossebácea, com formação de comedões, pápulas, pústulas e lesões nodulocísticas. Dependendo da intensidade, o processo inflamatório pode levar a abcessos e cistos intercomunicantes, entretanto, com frequente êxito cicatricial.

Em termos de epidemiologia, é conhecida como uma doença dos adolescentes, ocorrendo em cerca de 60% das mulheres e 70% dos homens na puberdade, porém sendo mais precoce na adolescência feminina do que na masculina e costuma regredir espontaneamente após os 20 anos de idade. Destaca-se, ainda, que a acne é a principal causa de consulta dermatológica nos consultórios particulares dos grandes centros urbanos.

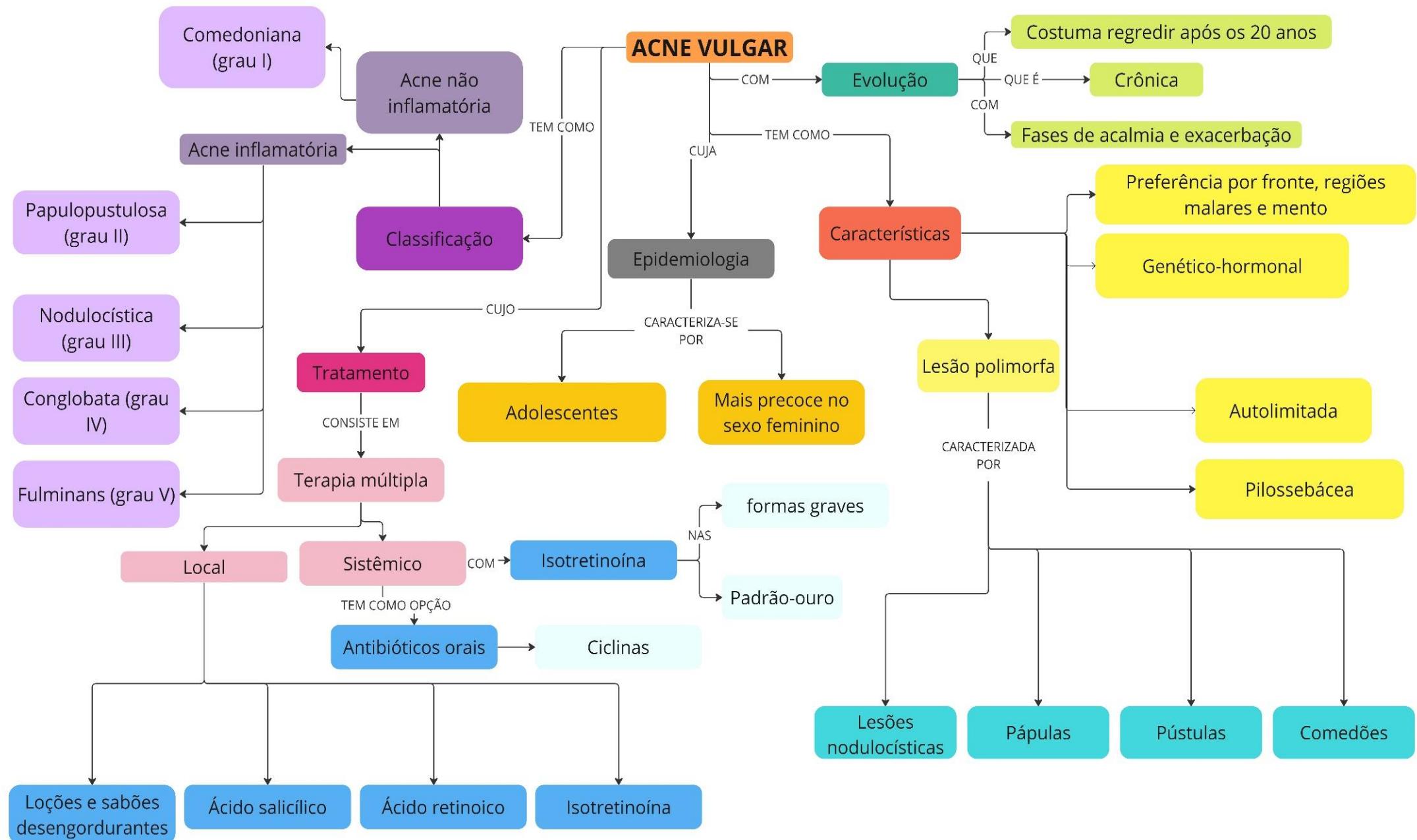
A etiopatogenia está relacionada com o aumento da secreção sebácea, ceratose do canal folicular, colonização do ducto sebáceo por *Cutibacterium acnes* e inflamação. A clínica da acne consiste em uma erupção polimorfa, caracterizada por comedões (cravos), pápulas, pústulas e lesões nodulocísticas, com grau variável de inflamação e cicatrizes.

Pode ser classificada em acne não inflamatória (comedoniana), inflamatória (papulopustulosa, nodulocística, conglobata, fulminans).

As lesões da acne localizam-se na face e no tronco, sendo que na face possuem preferência pela frente, regiões malares e mento. O diagnóstico é clínico, baseado na idade do paciente quando as lesões surgiram, no seu polimorfismo e nas suas localizações habituais. Além disso, para o diagnóstico diferencial da acne vulgar devem ser consideradas a atrofias vermiculada e demais erupções acneiformes.

A doença é crônica, com fases de acalmia e exacerbação e aponta-se que o problema se torna importante em virtude do aspecto psicológico, assim como pelo surgimento dos diferentes tipos de cicatrizes e tratamentos específicos. A terapêutica da acne deve ser global e integral, com terapia múltipla, utilizando-se de técnicas e medicamentos que atuem nas várias etapas da patogenia da doença.

MAPA CONCEITUAL 3 – ACNE VULGAR



CAPÍTULO IV

ALOPECIAS

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

Quando se fala acerca de afecções dos pelos, deve-se ressaltar que, apesar de não desempenharem funções vitais no ser humano, estes exercem um papel psicológico de extrema importância. O ciclo evolutivo dos cabelos ocorre em três fases, a fase anágena (fase de crescimento), catágena, que cursa com interrupção da atividade mitótica, e telógena (fase de repouso). Além do exame clínico e laboratorial prévios, a tricoscopia, uma dermatoscopia do couro cabeludo e das hastas, é uma ferramenta fundamental na rotina de avaliação desses pacientes. Dentre as afecções do pelo, as alopecias são de suma importância clínica, e serão abordadas a seguir.

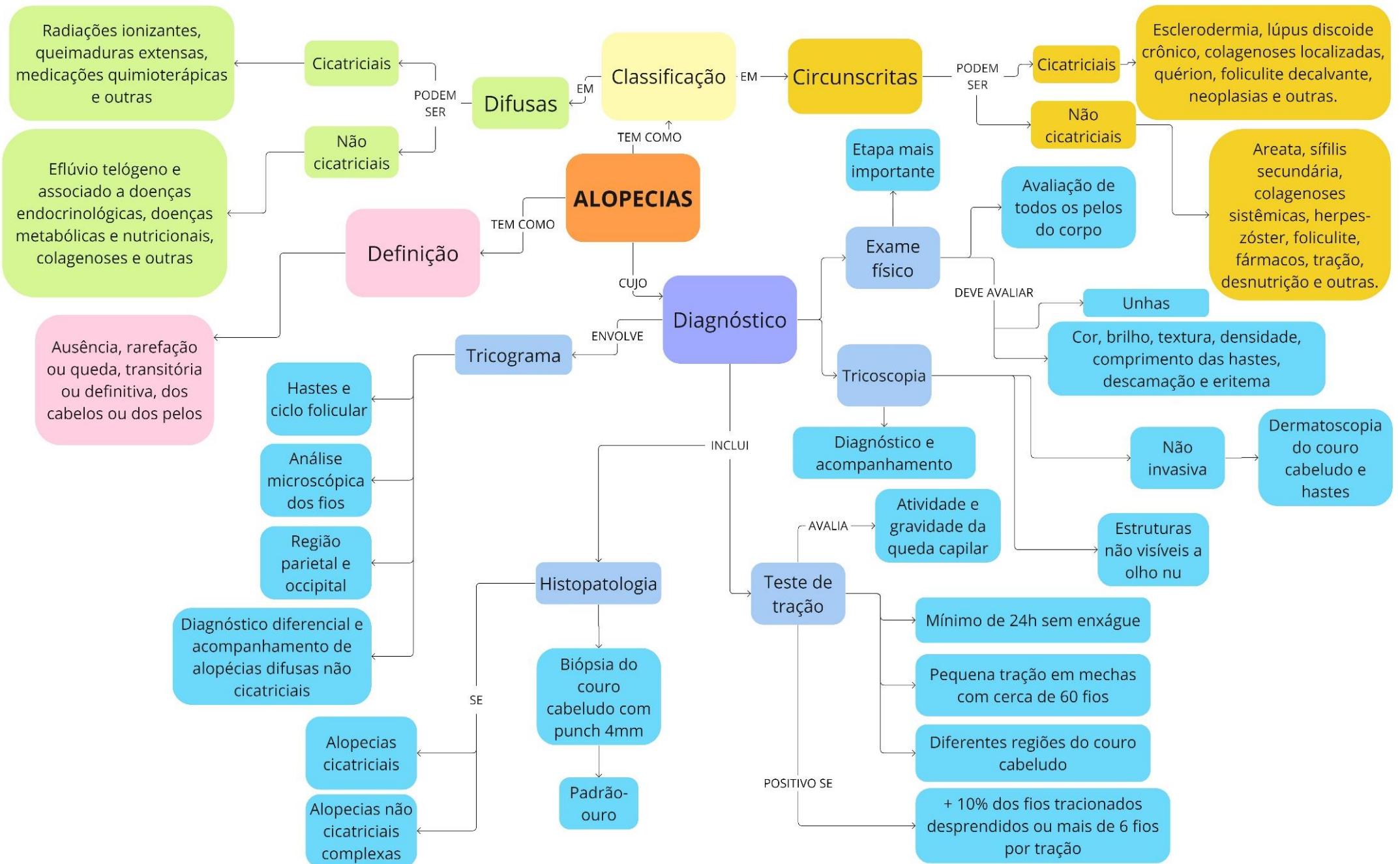
As alopecias podem ser difusas ou circunscritas, cicatriciais e não cicatriciais. Dentre as difusas não cicatriciais pode-se citar o eflúvio telógeno, eflúvio associado a endocrinopatias, doenças metabólicas e nutricionais, colagenoses e outras. Já as difusas cicatriciais podem ser por radiações ionizantes em doses elevadas, queimaduras extensas, medicações quimioterápicas entre outras.

Quando se fala de alopecias circunscritas não cicatriciais, citam-se areata, por sífilis secundária, herpes-zóster, foliculites, tração, entre outras. Somado a isso, as alopecias circunscritas cicatriciais podem ser decorrentes de esclerodermia, lúpus discoide crônico, quérion, foliculite decalvante e outros.

A abordagem diagnóstica das alopecias tem no exame físico a etapa mais importante da avaliação deste paciente. É essencial avaliar os pelos de todo o couro cabeludo e do corpo. Além disso, características como cor, brilho, textura, densidade, comprimento das hastes, descamação e eritema devem ser avaliados, assim como as unhas do paciente.

Somado ao exame físico, o teste de tração é um teste simples que avalia a atividade e a gravidade da queda dos cabelos e o tricograma é um método microscópico para avaliação das hastes e do ciclo folicular e quantifica o percentual de folículos nas diferentes fases do crescimento. A tricoscopia é uma ferramenta não invasiva que aumenta a acurácia diagnóstica, pois possibilita a visualização de estruturas que não são visíveis a olho nu. Por fim, a histopatologia é de extrema importância para a confirmação diagnóstica das alopecias cicatriciais e em casos complexos de alopecias não cicatriciais.

MAPA CONCEITUAL 4 – ALOPECIAS



CAPÍTULO V

CANDIDÍASES

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

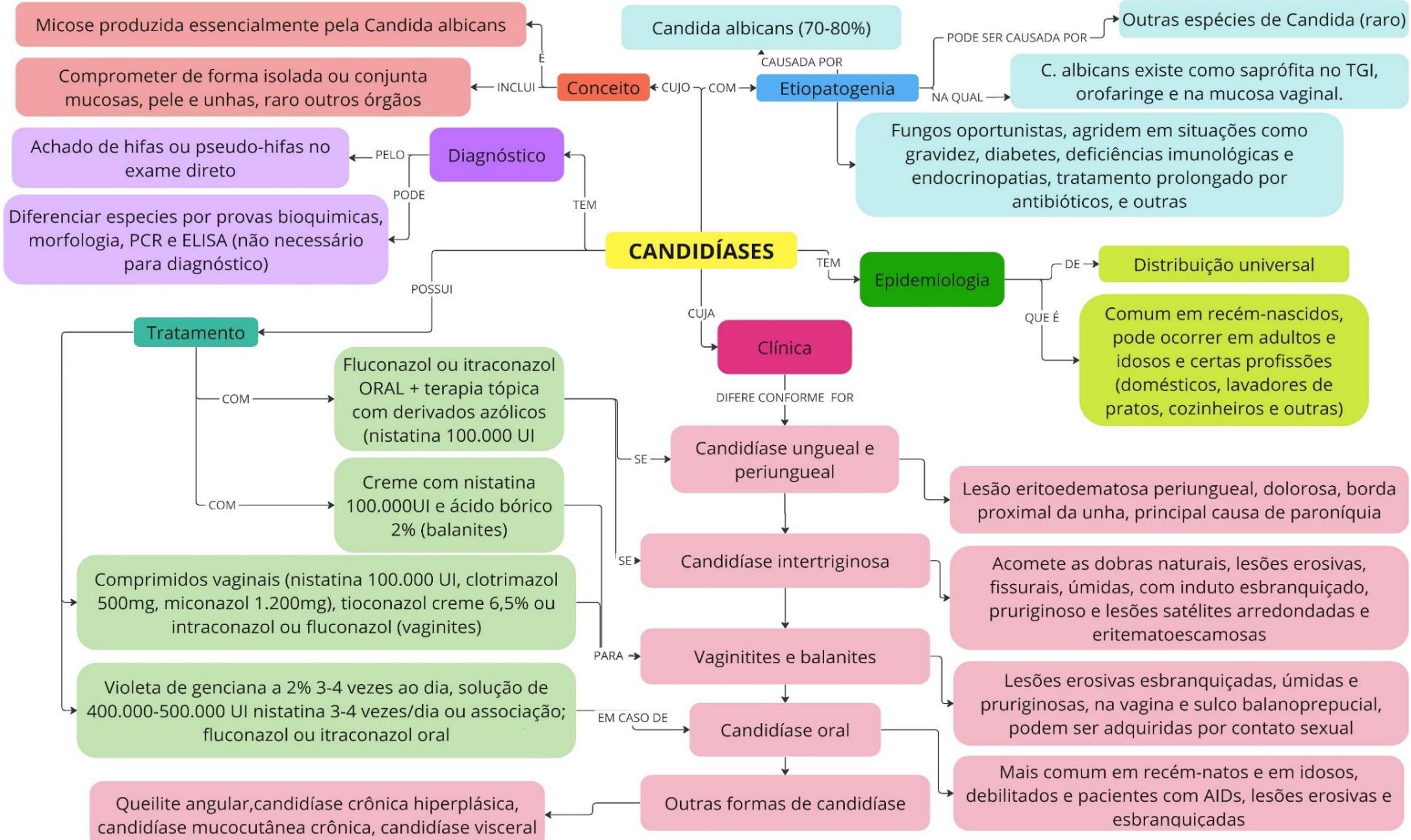
A candidíase consiste em uma micose produzida essencialmente pela *Candida albicans* (70 a 80%), raramente por outras espécies de *Candida*, e compromete, de forma isolada ou conjunta, mucosas, pele e unhas, sendo raro o acometimento de outros órgãos. Possui distribuição universal e atinge, com elevada frequência, recém-nascidos, porém também pode ocorrer em adultos, especialmente com certas profissões, como empregados domésticos, lavadores de pratos e outras.

Sua etiopatogenia é caracterizada por fungos oportunistas que agridem o ser humano em certas situações, como modificações fisiológicas a exemplo da gravidez, deficiências imunológicas e endocrinopatias, tratamento prolongado com antibióticos ou corticoides e imunossupressores, além de estados de umidade prolongada.

Os quadros clínicos variam conforme o local acometido. A candidíase ungueal e periungueal se caracterizam por intensa lesão eritematoedematoso periungueal, dolorosa e que pode levar à onicólise. Possui como característica acometer a borda proximal da unha, e, principalmente, as unhas dos quirodáctilos. A candidíase intertriginosa atinge as dobras naturais e caracteriza-se por lesões erosivas, fissurais, úmidas, pruriginosas e com pequenas lesões satélites arredondadas, eritematoescamosas, e, inclusive, por pústulas abacterianas.

As vaginites e balanites possuem lesões erosivas esbranquiçadas, úmidas e pruriginosas, na vagina e no sulco balanoprepucial. Corrimento esbranquiçado vaginal é uma característica. Por fim, a candidíase oral é mais comum em recém-natos e, também, em idosos, debilitados e pacientes com AIDS, e tem lesões erosivas e esbranquiçadas. No tratamento da candidíase, é de suma importância considerar os fatores predisponentes locais e gerais, topografia e forma clínica, de forma que há opções de tratamento tópico e, também, sistêmico, se necessário.

MAPA CONCEITUAL 5 – CANDIDÍASES



CAPÍTULO VI

DERMATITE ATÓPICA

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A dermatite atópica consiste em um dos tipos mais comuns de eczema, ocorrendo, principalmente na infância, apesar de que alguns casos podem ter início na adolescência e na fase adulta. É uma doença genética, de caráter crônico, cujas principais características são a coceira e a pele seca, e acomete principalmente as grandes dobras do corpo, como porção anterior dos cotovelos, região atrás dos joelhos e pescoço. Além disso, nas crianças menores uma região frequentemente acometida é a face.

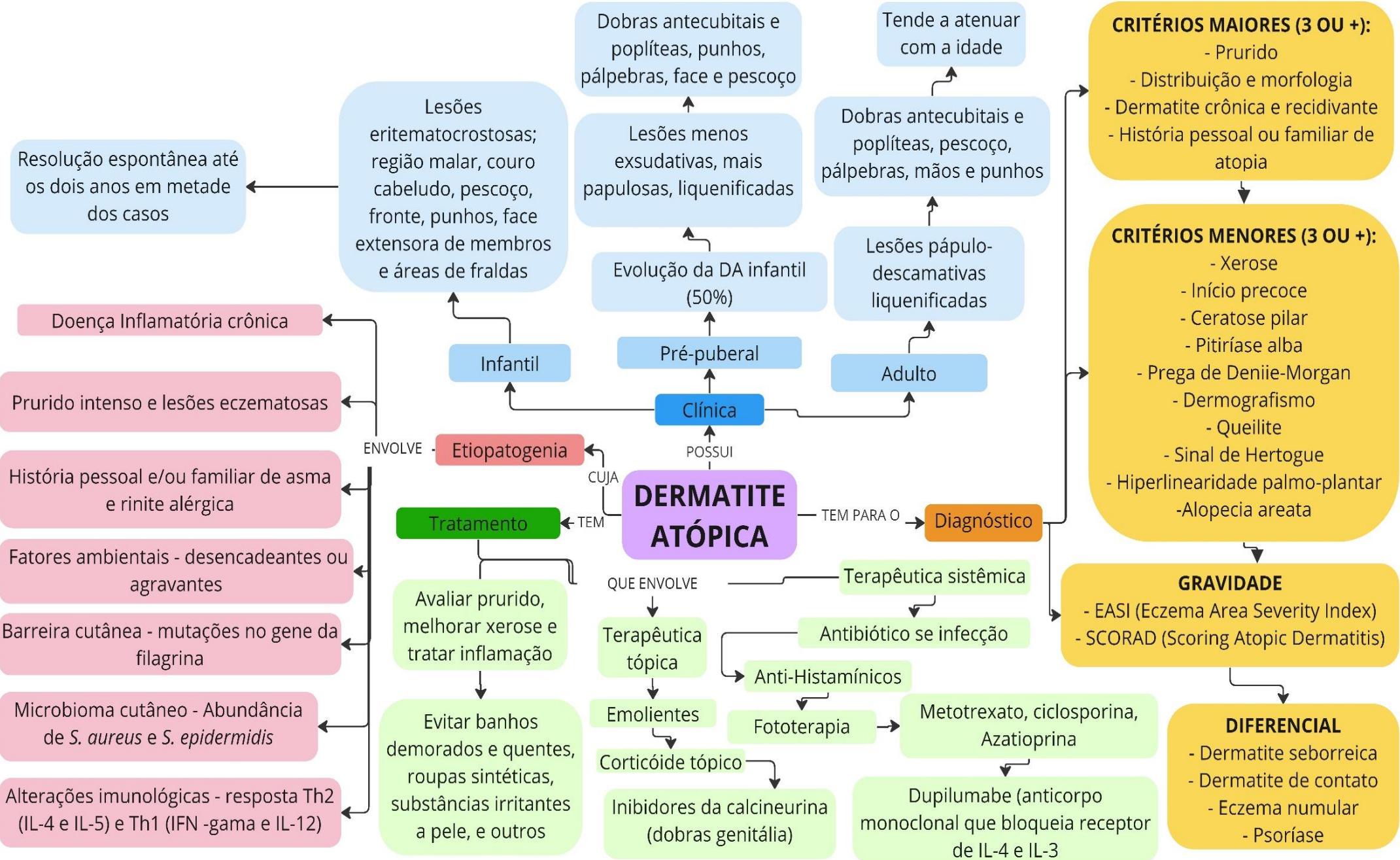
Outro ponto importante, é que a dermatite atópica pode ser acompanhada de outras formas de atopia, como asma, rinite ou conjuntivite. O principal sintoma é a pele seca acompanhada de coceira constante, levando a ferimentos na pele. De forma geral, apresenta períodos de melhora e recaídas frequentes, e pode haver intervalos de semanas, meses ou anos entre as crises.

O quadro clínico varia conforme a fase da doença, e pode ser divido em 3 estágios: fase infantil, dos 3 meses a 2 anos de idade, fase pré-puberal dos 2 aos 12 anos e fase adulta, a partir dos 12 anos de idade. Somado a isso, as lesões na pele são variáveis conforme o tempo de doença e gravidade, de forma que pode haver, por exemplo, áreas avermelhadas com ferimentos, e, se longo tempo de evolução, áreas espessadas na pele.

O tratamento da dermatite atópica consiste no controle da coceira, redução da inflamação da pele e na prevenção de recorrências. Tem como base o uso de emolientes ou hidratantes, de modo a melhorar a barreira natural da pele, além de orientações como evitar banhos quentes e usar sabonetes mais suaves. Anti histamínicos orais podem ajudar no controle da coceira, entretanto, nos casos leves, o tratamento envolve o uso de medicamentos tópicos, em geral um creme ou uma pomada de cortisona.

Nos casos mais graves, pode ser necessário o uso de medicações orais, como corticoides, imunossupressores, entre outros. E, citam-se ainda, novos tratamentos, como dupilumabe, um imunobiológico.

MAPA CONCEITUAL 6 – DERMATITE ATÓPICA



CAPÍTULO VII

DERMATITE DE CONTATO

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A dermatite de contato pode ser distinguida em dois tipos, com etiologia e fisiopatogenia absolutamente distintas: dermatite de contato por irritante primário (DCIP) e dermatite de contato alérgica (DCA). A dermatite de contato por irritante primário (DCIP) corresponde a 80% dos casos de dermatite de contato e decorre dos efeitos tóxicos e pró-inflamatórios de substâncias capazes de ativar a imunidade da pele ainda que de maneira não específica. A DCIP é provocada, em geral, por substâncias alcalinas ou ácidas fracas que, não sendo capazes de provocar queimadura e/ou necrose, produzem apenas irritação cutânea.

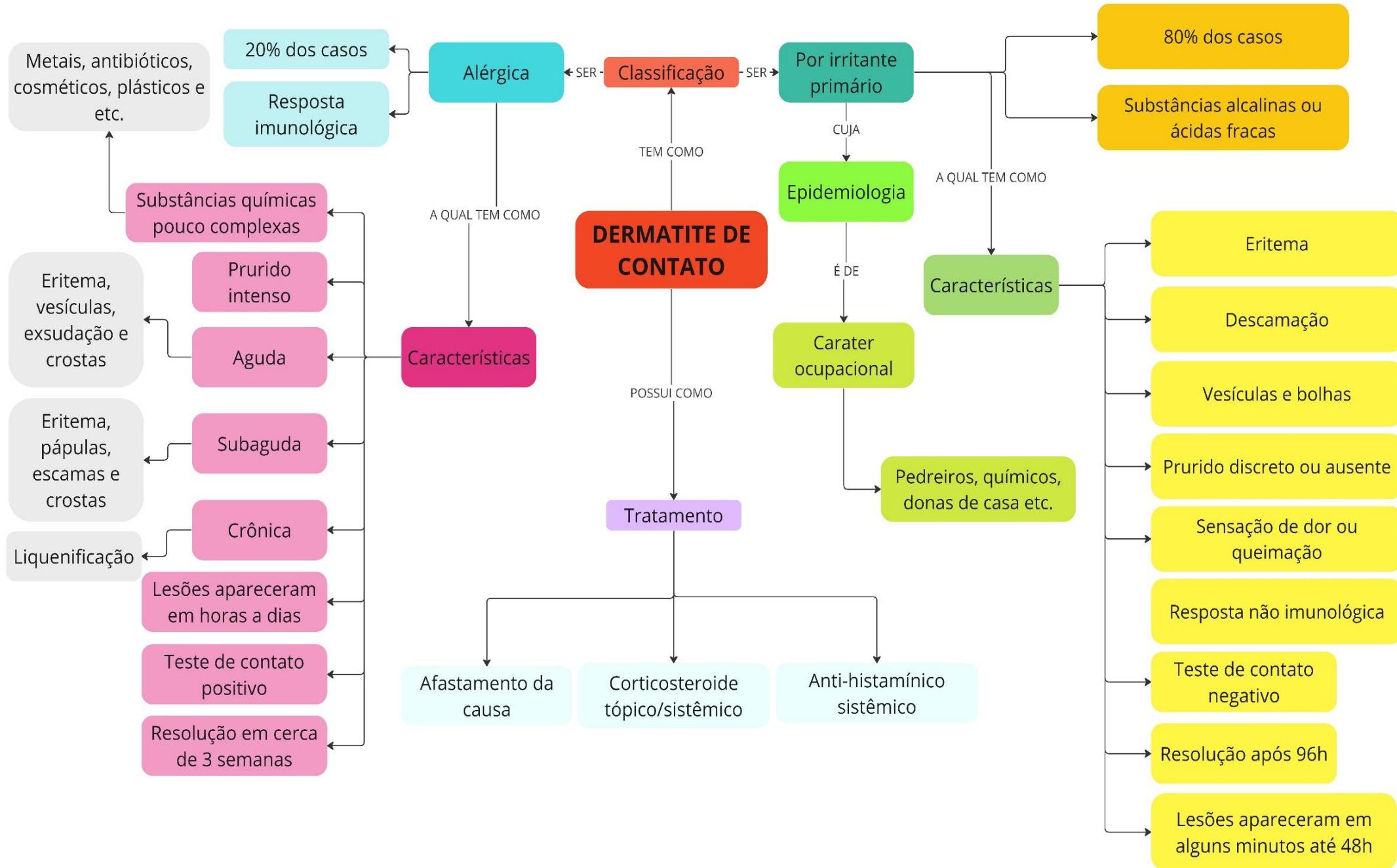
Possui clínica caracterizada por eritema, descamação e, ocasionalmente, vesículas e bolhas, que surgem horas depois do contato com agentes irritantes mais fortes, ou depois de semanas de contato continuado com agentes irritantes fracos. O prurido, em geral, é discreto ou ausente, sendo substituído por sensação de dor ou queimação.

É, frequentemente, uma dermatose de caráter ocupacional, e duas condições muito comuns são a dermatite das mãos da dona de casa e a dermatite das fraldas. O tratamento requer a interrupção do contato com o agente desencadeador e o uso de corticosteroides é uma importante opção.

Na DCA, há envolvimento primário do sistema imunológico, de modo que, no eczema de contato, os agentes etiológicos são substâncias químicas pouco complexas, como metais, antibióticos, cosméticos, borracha e derivados, objetos plásticos e outros. O diagnóstico envolve mapeamento topográfico, avaliar exposição profissional e utilitária, e correlacionar antígeno com objetos que o contenham, em indivíduos que conheçam seus alérgenos.

O tratamento depende da fase e da extensão do quadro, se fase aguda, pode-se iniciar o tratamento com banhos ou compressas, em especial com substâncias antissépticas, como a solução de permanganato de potássio. Na fase crônica, indica-se o uso de corticosteroide em pomada, fita oclusiva ou injeção intralesional.

MAPA CONCEITUAL 7 – DERMATITE DE CONTATO



CAPÍTULO VIII

DERMATITE SEBORREICA

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A dermatite seborreica (DS) é uma dermatite crônica de caráter constitucional, associando elementos fisiopatológicos de hiperproliferação epidérmica a eventual participação do *Malassezia spp*. Ocorre em, pelo menos, 5% da população geral, com altíssima incidência nos portadores de infecção pelo HIV. As lesões da dermatite seborreica são maculopapulosas, eritematosas ou amareladas, sem brilho, recobertas por escamas de aspecto gorduroso, delimitadas, distribuídas por áreas seborreicas, como couro cabeludo, face, regiões interescapular, pré-esternal, flexuras anogenitais e axilares. O prurido costuma ser ausente ou discreto, exceto em lesões no couro cabeludo.

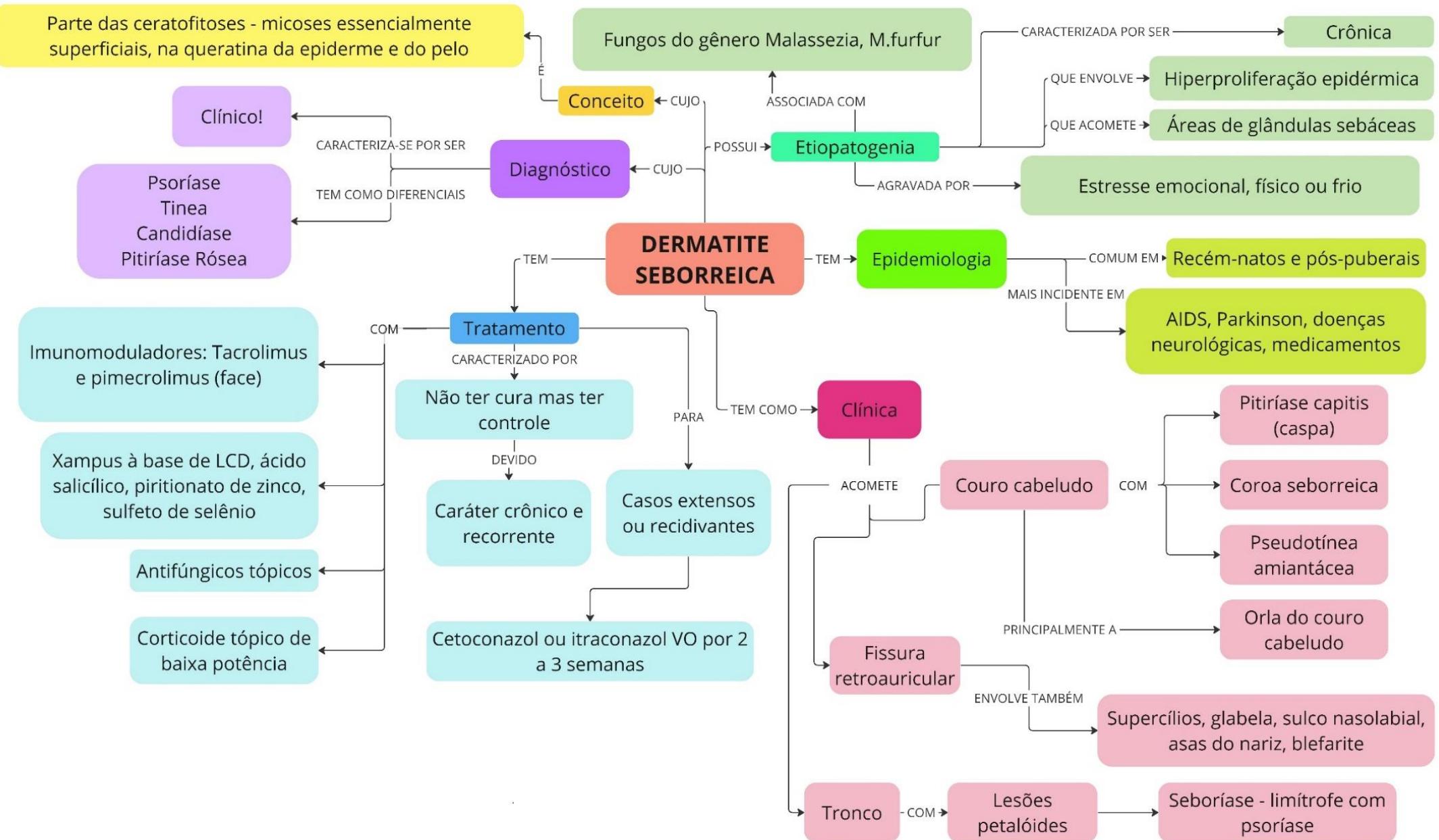
Quase sempre, o couro cabeludo está comprometido, muitas vezes isoladamente, e a pitiríase capitis, a caspa, pode ser a fase inicial da dermatite seborreica nessa região, caracterizada por descamação pulvrente e difusa, podendo progredir posteriormente com surgimento de eritema, aumento da quantidade e espessura das escamas, até um quadro franco de DS.

Com frequência, ocorre transgressão da orla do couro cabeludo, comprometendo a pele adjacente e formando a coroa seborreica. É comum o eritema, descamação e fissuras retroauriculares e na orelha, na face, ocorre envolvimento da parte interna dos supercílios, glabella, sulco nasolabial, asas do nariz e região paranasal.

A doença tende a cronicidade e recorrência e pode, eventualmente, evoluir para eritrodermia esfoliativa, sendo frequentemente agravada por estresse emocional ou físico e pelo frio. Possui diagnóstico clínico, e no tratamento, não se deve falar em cura, mas sim no controle do processo. No couro cabeludo são indicados xampus à base de LCD associado ou não ao ácido salicílico, sulfeto de selênio, coaltar, cetoconazol e outros.

Em face e tronco, além destas substâncias, podem ser prescritos cremes com cetoconazol e, eventualmente, cremes com corticosteroide de baixa potência. Casos extensos podem ter benefício com o uso de cetoconazol ou itraconazol por 2 a 3 semanas e imunomoduladores como tacrolimo pomada e pimecrolino creme possuem boa efetividade no tratamento da DS da face.

MAPA CONCEITUAL 8 – DERMATITE SEBORREICA



CAPÍTULO IX

ERISIPELA

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

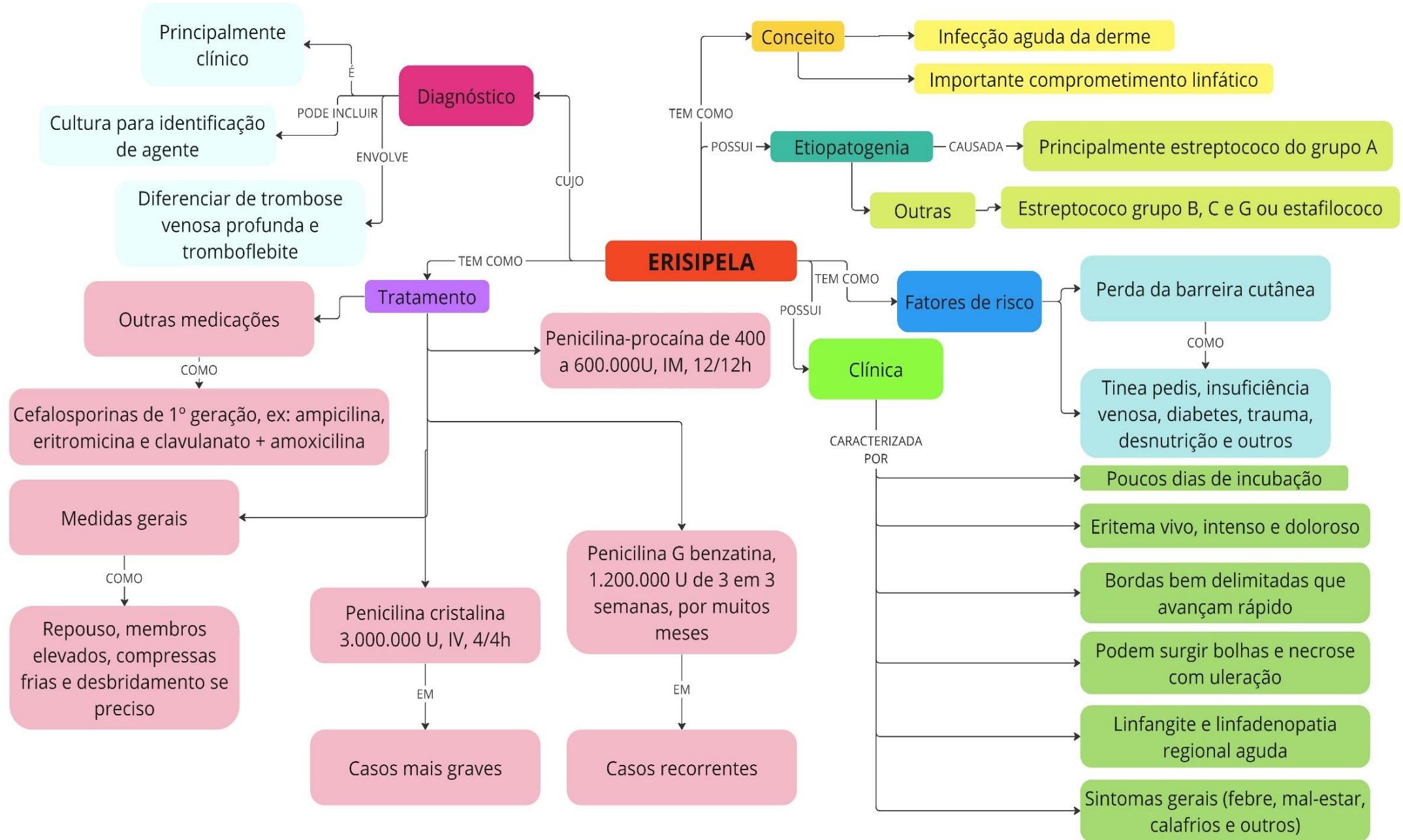
^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A erisipela consiste em uma infecção aguda da derme, com significativo acometimento linfático. Sua natureza é predominantemente estreptocócica, sobretudo do grupo A. O início ocorre após quadro de perda da barreira cutânea, de forma que os fatores de risco incluem *tinea pedis*, insuficiência venosa, diabetes, trauma, desnutrição, entre outros.

Possui período de incubação de poucos dias, e manifesta-se por eritema vivo e intenso edema doloroso, com bordas bem delimitadas, que avançam rapidamente sobre a pele circundante. Podem surgir bolhas e, inclusive, necrose com ulceração posterior, em casos mais graves. Somado a isso, é acompanhada de linfangite e linfadenopatia regional aguda, seguida de sintomas gerais como mal-estar, febre, calafrios e outros. Destaca-se sua capacidade de recorrência e, como complicações, pode-se citar nefrite e septicemia. Apesar disso a mortalidade é rara, podendo ocorrer, principalmente, em crianças ou quando a doença acomete a face.

O diagnóstico é essencialmente clínico, e tem como diferenciais a trombose venosa profunda e a flebite, quando acometendo membros inferiores. Para o tratamento, a maioria dos pacientes não precisa de internação, exceto em casos de comorbidade, e o medicamento de escolha é a penicilina-procaína ou, em casos mais graves, a penicilina cristalina. Outras opções terapêuticas são as cefalosporinas de primeira geração. Sendo importante, por fim, ressaltar as medidas gerais, como repouso com membros elevados, compressas frias e desbridamento, se necessário.

MAPA CONCEITUAL 9 – ERISIPELA



CAPÍTULO X

ESCABIOSE

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

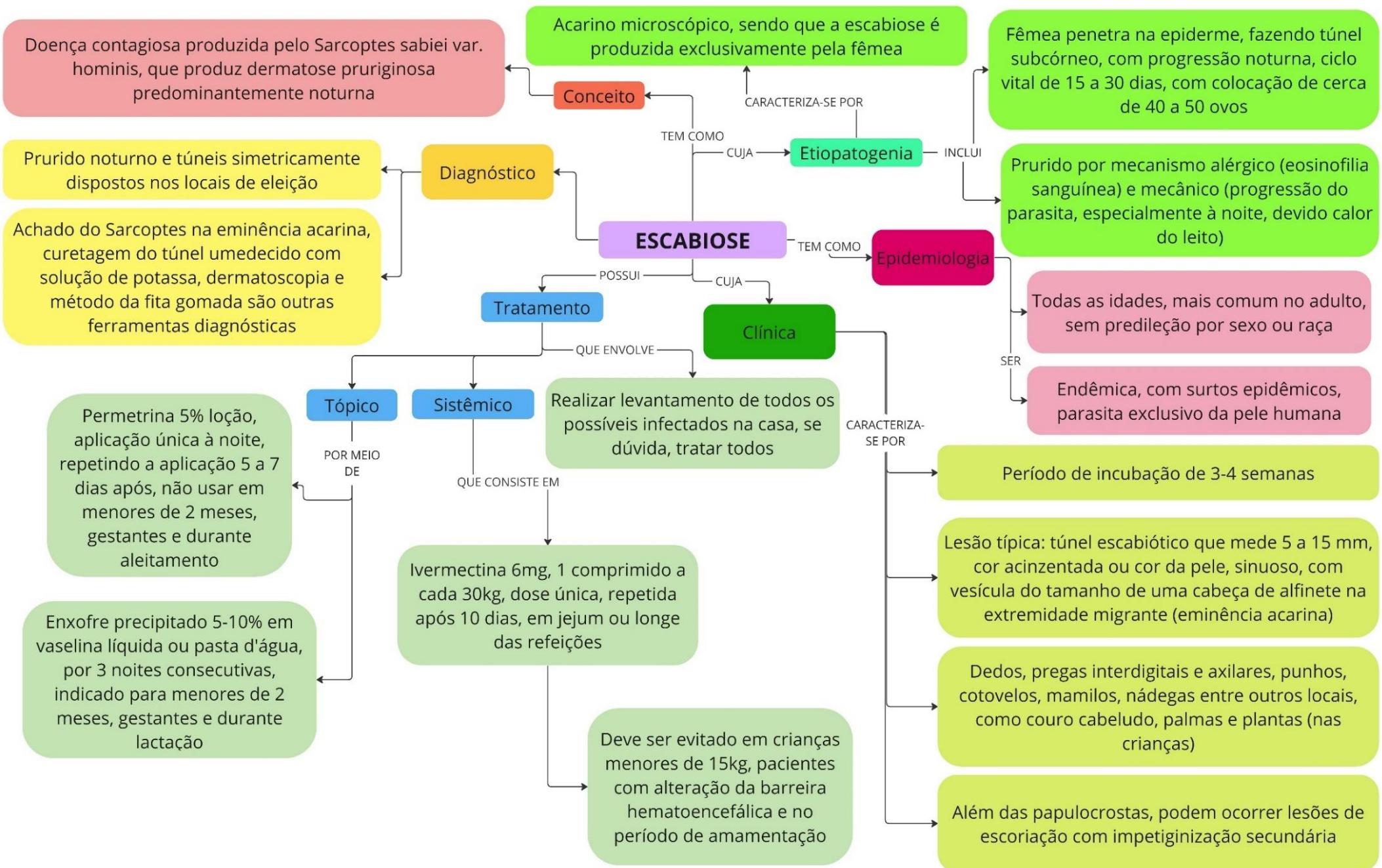
A escabiose humana é uma doença contagiosa produzida pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*, responsável pela produção de uma dermatose de predomínio noturno. O contágio ocorre de forma direta, geralmente no leito, porém existe a possibilidade de contágio indireto, por roupa pessoal ou do leito usadas de forma recente pelo paciente.

A escabiose incide em todas as idades, sendo mais comum nos adultos, sem predileção por sexo ou raça. O agente etiológico dessa dermatose é um acarino, que penetra na epiderme fazendo um túnel subcórneo, com progressão noturna. Dessa forma, o prurido ocorre por dois mecanismos, o alérgico, por eosinofilia sanguínea, e o mecânico, provocado pela progressão do parasita, especialmente à noite.

A lesão típica desse quadro consiste no túnel escabiótico, que mede de 5 a 15mm, de cor acinzentada clara ou da cor da pele, geralmente sinuoso, com uma pequena vesícula do tamanho da cabeça de alfinete na extremidade migrante, a eminência acarina. Localizam-se, preferencialmente, em dedos, pregas interdigitares e axilares, punhos, cotovelos, mamilos, genitália, nádegas e hipogástrio.

O diagnóstico é feito pela observação do prurido noturno e dos túneis simetricamente dispostos, e pode ser confirmado pelo achado do acarino na eminência acarina. No que se refere ao tratamento, antes de iniciá-lo é preciso realizar um levantamento de todos os habitantes da casa acometidos, em caso de dúvida, é melhor tratar todos. Vários escabicidas tópicos estão disponíveis para o tratamento, como a permetrina, o benzoato de benzila, o enxofre, e outros. O tratamento sistêmico é feito com ivermectina, devendo ser evitada em crianças com menos de 15kg, pacientes com alteração da barreira hematoencefálica e no período de amamentação.

MAPA CONCEITUAL 10 – ESCABIOSE



CAPÍTULO XI

FOLICULITES

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

Foliculites são todas as infecções estafilocócicas que atingem o folículo pilossebáceo, possuem quadros clínicos e evolutivos bem diferentes, e podem ser classificadas em superficial e profunda. Sendo uma foliculite superficial, a foliculite ostial é caracterizada por pequenas pústulas, muito superficiais, em número variável, atingindo qualquer área do corpo e centradas por pelo. Podem ser extremamente pruriginosas, sendo que, na criança, são comuns no couro cabeludo com reação ganglionar regional, e, nos adultos, costumam acometer face anterior e interna das coxas e nádegas. O tratamento inclui o uso de antibióticos tópicos, loções antissépticas ou antiacneicas.

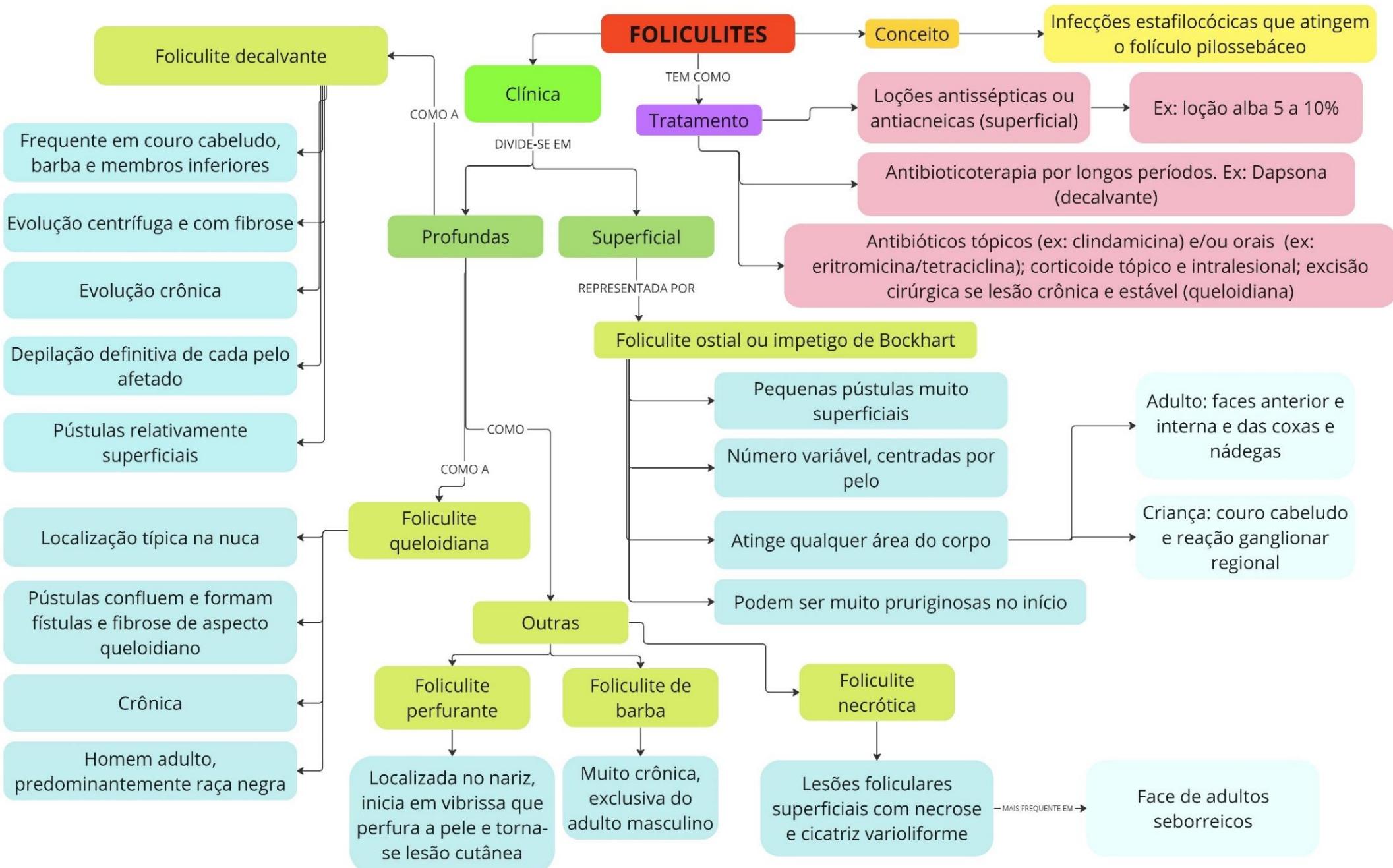
Dentre as foliculites profundas, a foliculite decalvante é representada por pústulas que são relativamente superficiais, porém que provocam a depilação definitiva de cada pelo acometido, possui evolução crônica, que se estende centrifugamente. Tem como localizações frequentes o couro cabeludo, a barba e os membros inferiores, sendo de maior

incidência no homem adulto. O tratamento oferece resultados precários e deve ser feito com antibióticos por longos períodos.

A foliculite queloidiana, também profunda, é localizada tipicamente na nuca. Caracteriza-se por pústulas que confluem e levam à formação de fistulas e fibrose de aspecto queloidiano. Consiste em um quadro crônico, rebelde e peculiar do homem adulto, especialmente de raça negra. O tratamento é feito com o uso de antibióticos tópicos e orais, e pode-se utilizar corticoide de alta potência tópico e intralesional. Outra foliculite profunda é a da barba ou sicose, e tem como característica estar localizada na região da barba e possui elevada cronicidade

As pústulas podem ser elevadas ou confluentes e formar verdadeiras placas infiltradas, sendo exclusiva do homem adulto. Por fim, citam-se a foliculite necrótica, que costuma acometer a face de adultos seborreicos e que cursa com necrose que deixa cicatriz varioliforme e a foliculite perfurante, localizada no nariz, que inicia com o comprometimento de uma vibrissa e acaba perfurando a pele e gerando uma lesão cutânea inflamatória.

MAPA CONCEITUAL 11 – FOLICULITES



CAPÍTULO XII

CELULITE

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

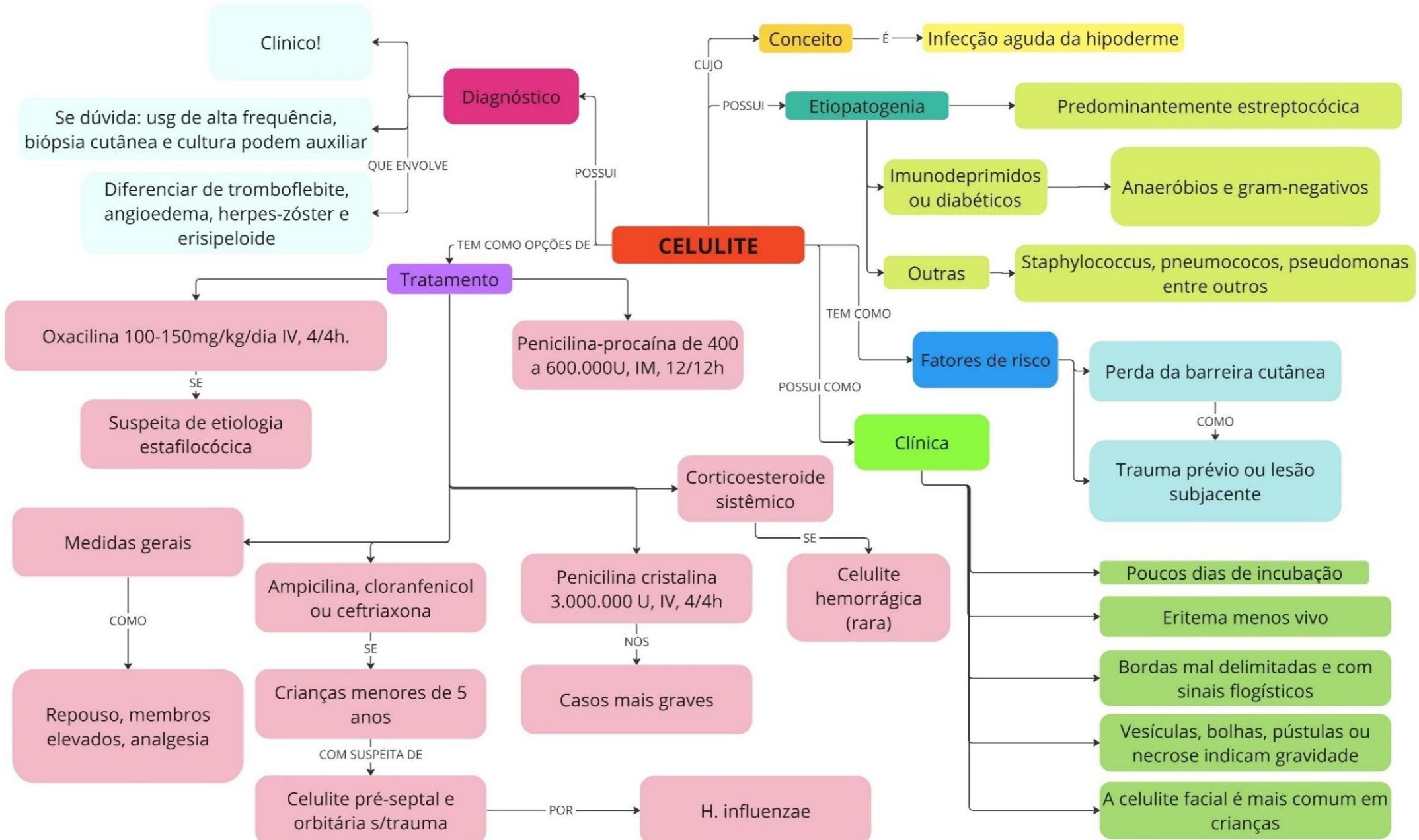
A celulite consiste no mesmo processo da erisipela, porém quando atinge fundamentalmente a hipoderme. Devido a essa localização, a celulite se caracteriza por bordas da lesão mal definidas, com eritema menos vivo. A etiopatogenia também se dá pela perda da barreira cutânea, de modo a propiciar a penetração de microrganismos.

Possui predominância estreptocócica, e clínica semelhante à da erisipela, com eritema menos vivo, bordas mal delimitadas e sinais flogísticos presentes. A presença de bolhas, pústulas, vesículas ou tecido necrótico caracteriza infecção grave, e sintomas gerais como febre, calafrios e linfadenopatia regional podem estar presentes.

A celulite hemorrágica é rara, ocorrendo sobretudo em pacientes com diabetes e imunodeprimidos em uso de anticoagulantes. A celulite facial é mais comum em crianças, porém pode ocorrer em adultos. O diagnóstico da celulite é clínico, e exames complementares como ultrassonografia de alta frequência, biópsia e cultura podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento dessa lesão inclui medidas gerais como repouso e elevação

do membro, além de analgesia e antibioticoterapia sistêmica, devendo ser parenteral nos casos intensos ou localizados na face.

MAPA CONCEITUAL 12 – CELULITE



CAPÍTULO XIII

IMPETIGO

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

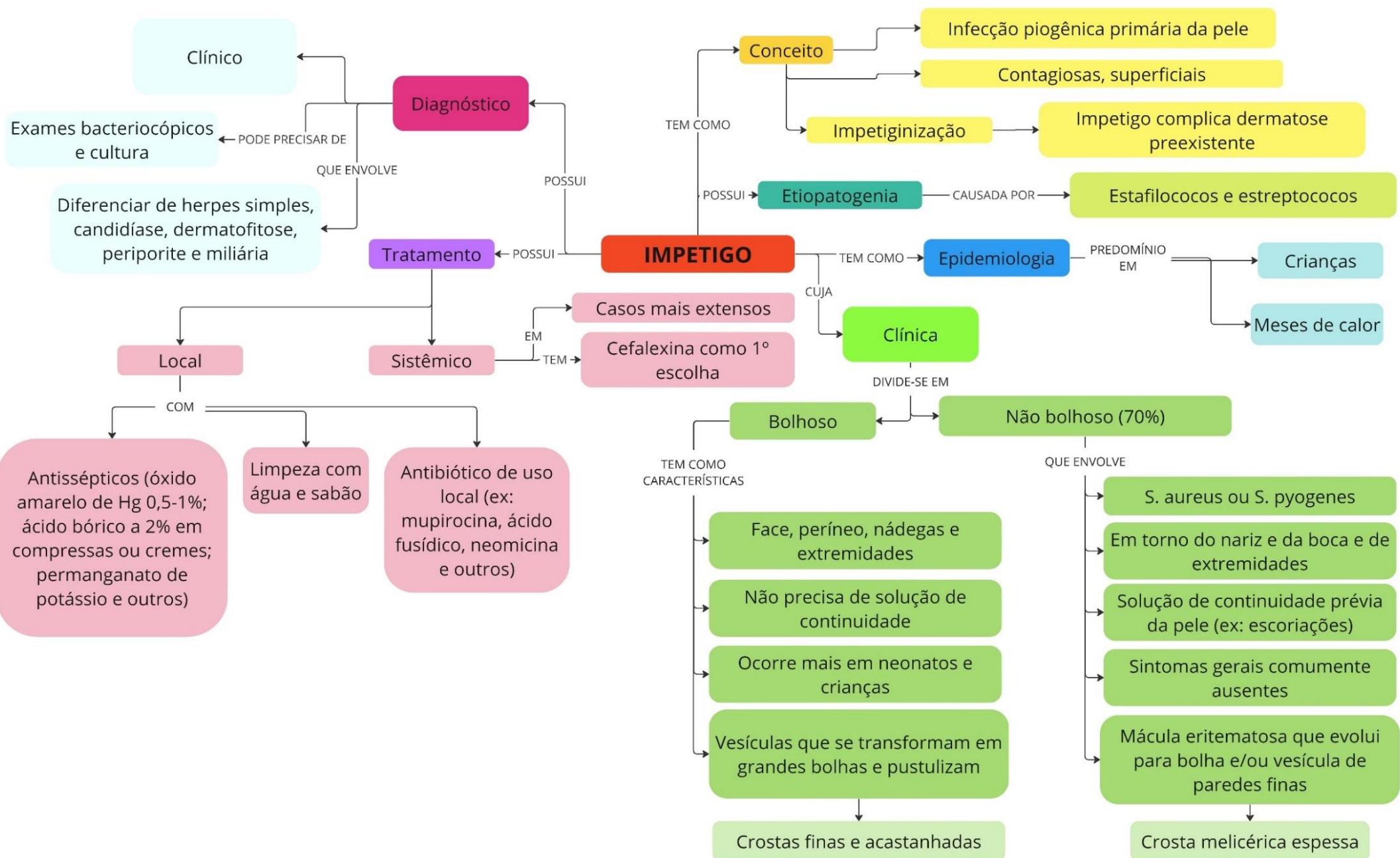
O impetigo consiste em infecção piogênica primária da pele, sendo contagiosa, superficial e produzida por estafilococos e estreptococos, e acometem, principalmente, a face e os membros superiores. Denomina-se de impetiginização quando o impetigo complica uma dermatose preexistente.

Em termos de epidemiologia é bem mais frequente em crianças e nos meses com calor mais intenso, a clínica divide-se em duas formas, o impetigo não bolhoso (70%) e o impetigo bolhoso. O impetigo não bolhoso é causado principalmente pelo *S. aureus*, localizado principalmente em torno do nariz e da boca e nas extremidades. Além disso, ocorre no local de pequenos traumatismos, como escoriações, queimaduras e picadas de insetos. A evolução tem início com mácula eritematosa que evolui de forma rápida para bolha e/ou vesícula efêmeras de paredes finas, entretanto, resulta em crosta espessa e de coloração amarelada. Normalmente, sintomas gerais estão ausentes, e pode ser acompanhado de linfadenite-satélite.

O impetigo bolhoso possui etiologia exclusivamente estafilocócica, não havendo necessidade de solução de continuidade na pele para o aparecimento das lesões. É mais comum em neonatos e crianças, e tem como clínica a formação de vesículas que se transformam em bolhas grandes, rapidamente, que sofrem processo de pustulização. O resultado dessa evolução são crostas finas e acastanhadas, e as localizações preferenciais são face, períneo, nádegas e extremidades.

O diagnóstico de ambas as formas é clínico, e o tratamento com antibióticos deve ser iniciado imediatamente. Recomenda-se o uso de antissépticos ou de antibióticos de uso exclusivamente local, como mupirocina, ácido fusídico, neomicina e outros. Em casos mais extensos, antibioticoterapia sistêmica é mandatória.

MAPA CONCEITUAL 13 – IMPETIGO



CAPÍTULO XIV

HANSENÍASE

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

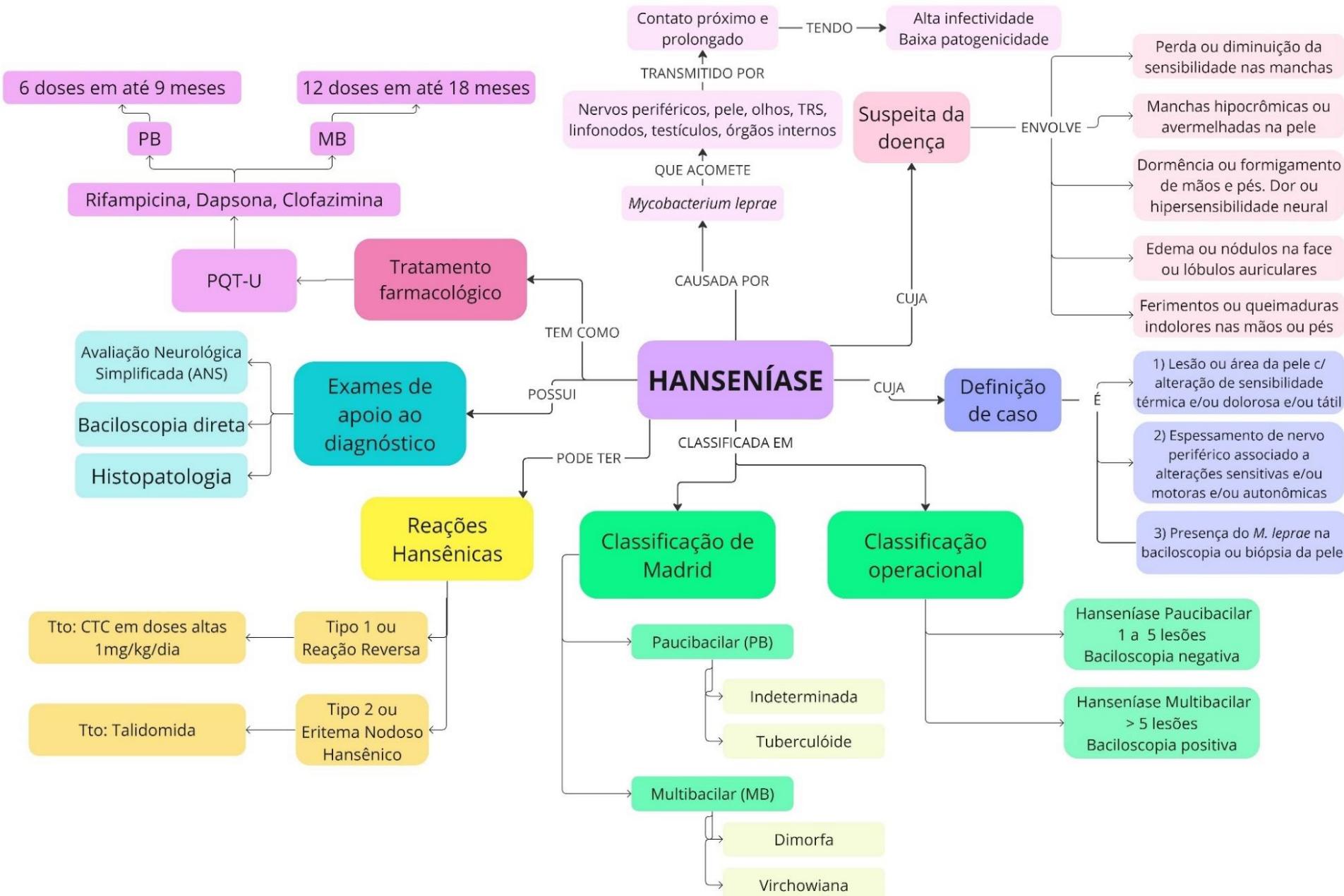
A hanseníase conceitua-se como doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual acomete principalmente pele e/ou nervos periféricos. É uma doença de evolução crônica, que apresenta, eventualmente, períodos de agudização denominados reações. Pode afetar praticamente todos os órgãos e sistemas em que existem macrófagos, exceto o sistema nervoso central e pode causar incapacidade física e social.

Possui como definição de caso de hanseníase quem apresentar uma ou mais das seguintes características: lesão(ões) de pele com alteração da sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural; baciloscopia positiva para *M. Leprae*. A transmissão ocorre por contágio direto, e admite-se que a inoculação ocorre por meio da mucosa nasal, e, por exceção, pela pele em casos de soluções de continuidade, pois o bacilo não é capaz de penetrar a pele íntegra.

O grau de patogenicidade da doença dependa da capacidade de reação da imunidade do indivíduo após a penetração do bacilo. Segundo a classificação de Madri, a hanseníase possui 2 tipos estáveis (imutáveis), que correspondem aos 2 polos da doença, o virchowiano e o tuberculóide e 2 tipos instáveis, a apresentação indeterminada, que pode evoluir para qualquer tipo polar da hanseníase, permanecer como tal ou curar-se espontaneamente, e a apresentação dimorfa que representa o espectro não polar da doença.

No que se refere ao tratamento, o objetivo maior é a cura do paciente, e deve ser realizado com poliquimioterapia contendo rifampicina, dapsona e clofazimina, sendo que pacientes paucibacilares farão 6 meses de tratamento e multibacilares 12 meses do esquema.

MAPA CONCEITUAL 14 – HANSENÍASE



CAPÍTULO XV

HERPES SIMPLES

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

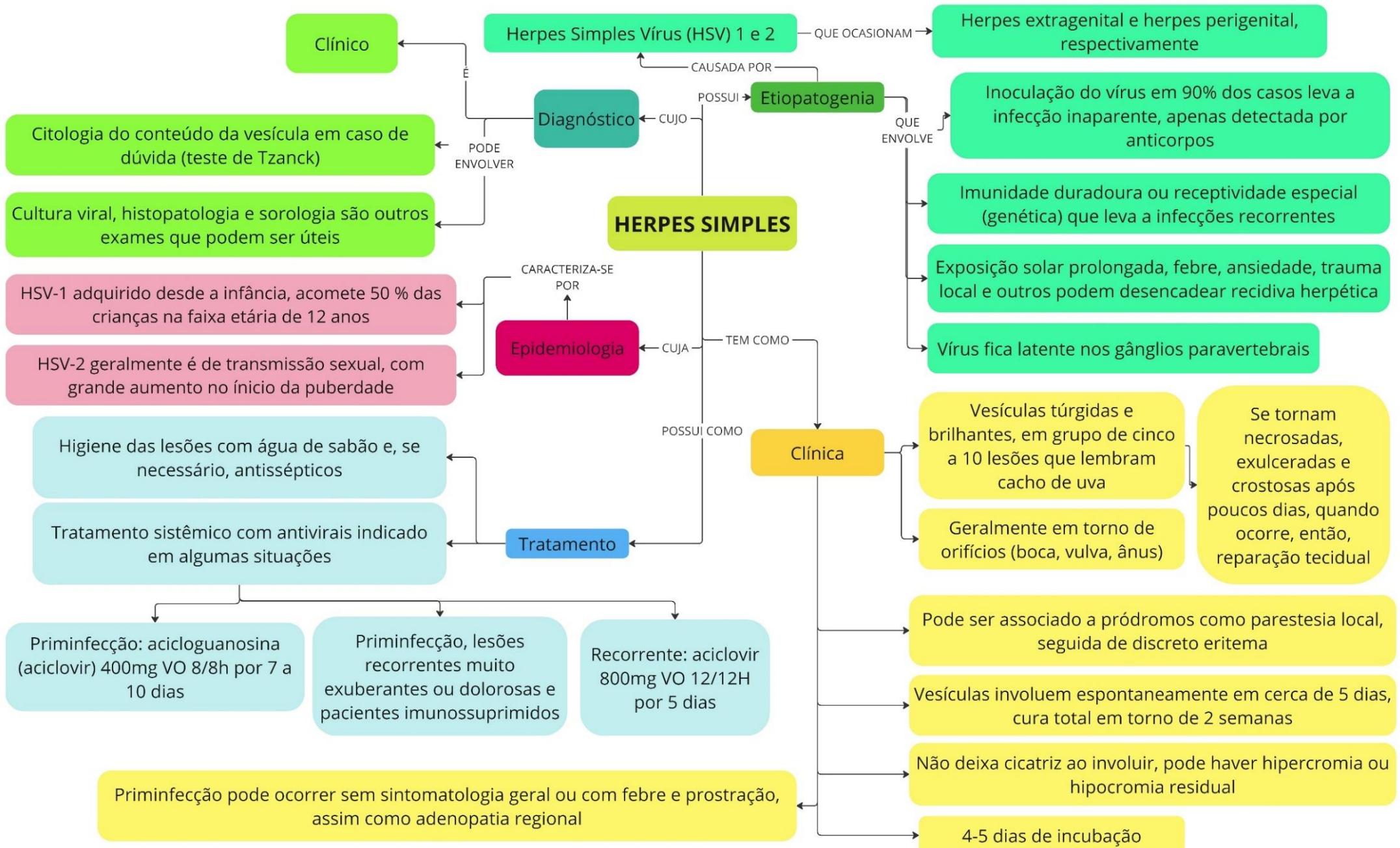
Há dois tipos de herpes simples vírus (HSV), o tipo 1 e o 2, que são chamados, classicamente, de herpes não genital e herpes genital, respectivamente. O HSV-2 é o agente etiológico de 80 a 90% dos casos de herpes genital e de 10 a 20% dos casos de herpes labial, com o HSV-1 é justamente o contrário. O período de incubação é, em média, de 4 a 5 dias.

A priminfecção pode ocorrer sem sintomatologia geral ou com febre e prostração. A frequência da recorrência é variável e, além, de fatores genéticos, fatores como exposição solar prolongada, febre, ansiedade, menstruação, trauma local e outros, desencadeiam a recidiva herpética. A latência viral ocorre nos gânglios paravertebrais. A infecção pelo HSV-2 é, geralmente, de transmissão sexual, com grande incremento no início da puberdade. Em contrapartida, o HSV-1 é adquirido desde a infância, acometendo 50% das crianças na faixa etária de 12 anos.

O herpes simples caracteriza-se clinicamente pela formação de vesículas túrgidas e brilhantes, dispostas, em geral, em grupo de cinco a dez lesões que lembram cacho de uva, em torno de orifícios como boca, vulva e ânus, porém pode acometer qualquer outra parte do corpo. Há a possibilidade de estar acompanhado de manifestações prodromicas, como sensação de parestesia local e discreto eritema. Ocorre involução espontânea das vesículas em cerca de 5 dias, com cura total em torno de 2 semanas.

O tratamento da infecção herpética, em sua maioria, se faz apenas com a higiene das lesões com água e sabão e, se necessário, antissépticos nos surtos esporádicos. O tratamento com agente antiviral sistêmico está indicado em algumas situações, como priminfecção, lesões recorrentes muito exuberantes ou dolorosas e nos pacientes imunossuprimidos. O tratamento de escolha é o aciclovir, 400mg VO 8/8h por 7 a 10 dias, se priminfecção e 800mg de 12/12h por 5 dias, se herpes recorrente.

MAPA CONCEITUAL 15 – HERPES SIMPLES



CAPÍTULO XVI

HERPES ZÓSTER

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

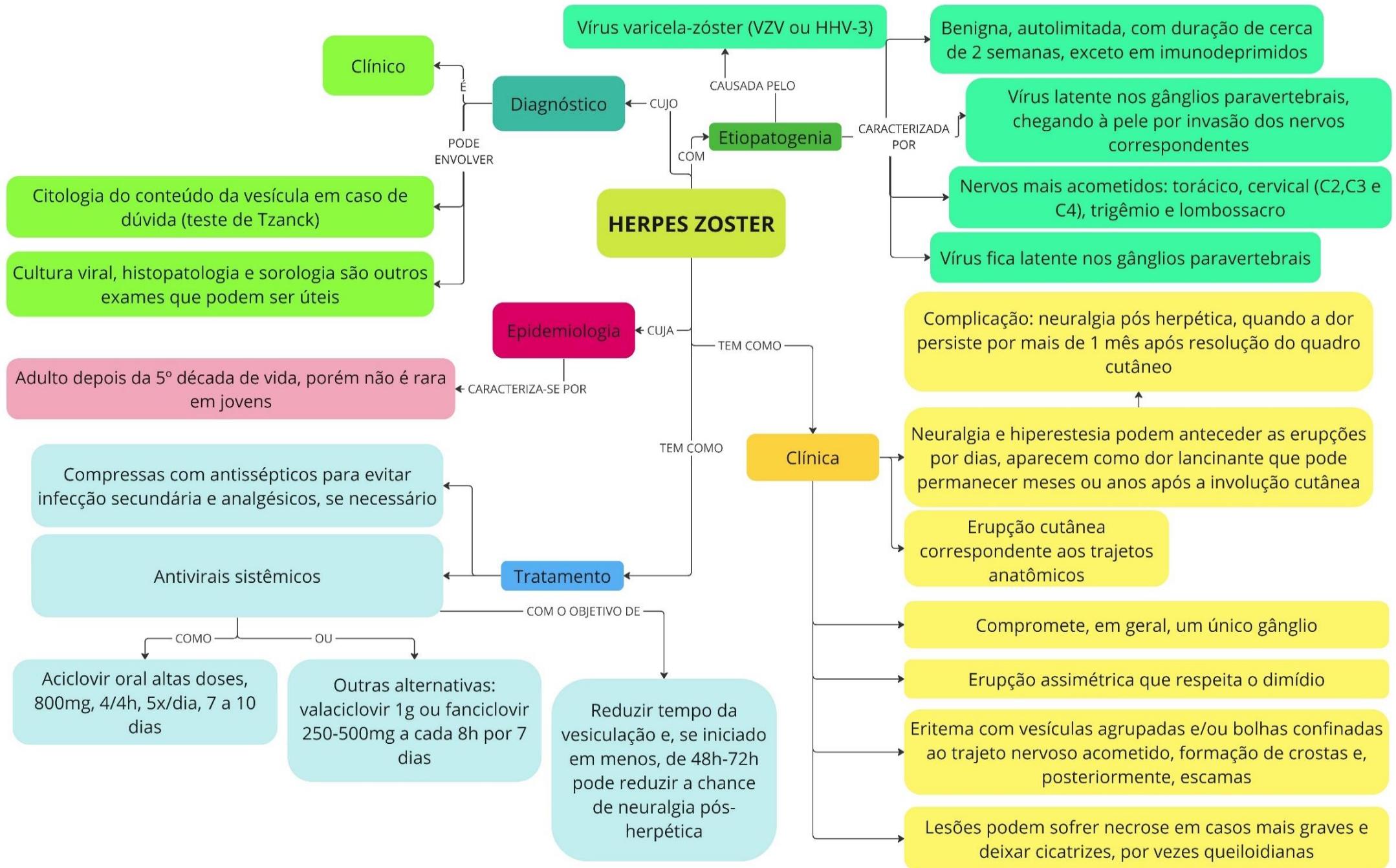
O herpes-zóster é causado pelo vírus varicela-zóster (VZV ou HHV-3), tem incidência predominantemente no adulto, após a 5^a década de vida, e consiste em uma doença benigna, autolimitada, durando cerca de 2 semanas, com exceção de pacientes imunodeprimidos, nos quais o quadro clínico é mais extenso e arrastado. O vírus encontra-se latente nos gânglios paravertebrais, a partir de onde, por invasão dos nervos correspondentes, chega à pele e cursa com a formação de vesículas agrupadas em disposição metamérica.

O comprometimento é, em geral, de um único gânglio, por isso a evolução ocorre de forma assimétrica e respeita o dimídio. O quadro clínico é caracterizado por eritema com vesículas agrupadas e/ou bolhas confinadas ao trajeto do nervo acometido, que evoluem com a formação de crostas e, posteriormente, escamas. Somado a isso, são frequentes a neuralgia e a hiperestesia, que são mais intensas nos idosos e podem anteceder o quadro dermatológico em dias.

Manifesta-se como dor lancinante e pode, inclusive, simular infarto do miocárdio, apendicite e colecistite. Além de acompanhar a erupção cutânea, pode permanecer meses ou anos após a involução do herpes-zóster. Em caso de persistência da dor por mais de 1 mês após resolução das lesões, esta é denominada de neuralgia pós-herpética.

O tratamento do herpes-zóster envolve compressas com antissépticos visando prevenir infecções secundárias, analgésicos, se necessário e antivirais sistêmicos. Dentre as opções de terapêutica sistêmica há o aciclovir oral em altas doses, o valaciclovir ou o famciclovir, com o objetivo de reduzir o tempo de evolução da vesiculação, as complicações sistêmicas, a dor e a chance da neuralgia pós herpética, em especial quando administrados dentro dos primeiros dias (menos de 48 a 72h). o tratamento da neuralgia pós-herpética inclui carbamazepina, benzodiazepínicos, opiáceos e, inclusive, bloqueio ganglionar.

MAPA CONCEITUAL 16 – HERPES ZÓSTER



CAPÍTULO XVII

ONICOMICOSSES

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

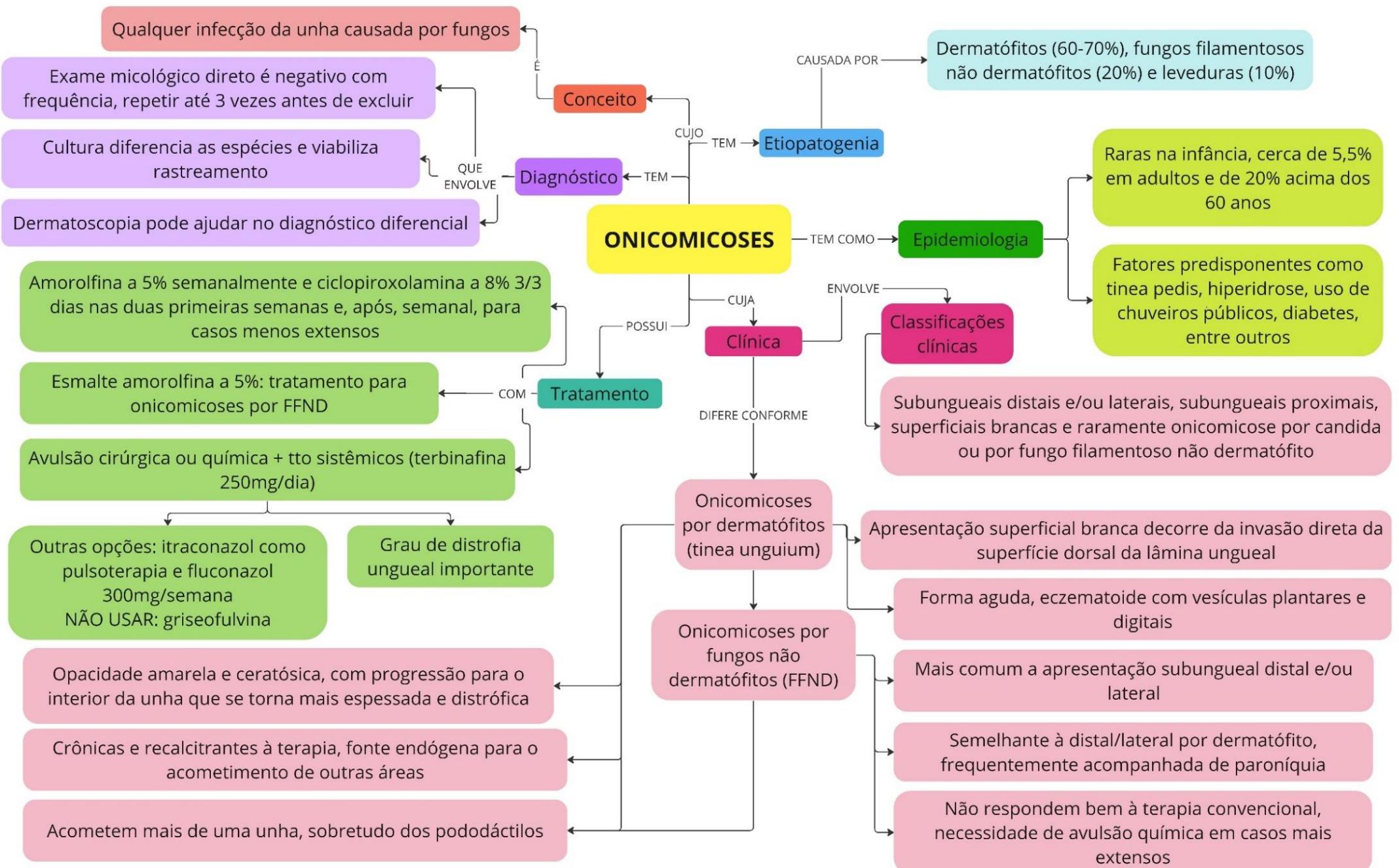
As onicomicoses correspondem a qualquer infecção da unha causada por fungos, cujos principais agentes etiológicos são os dermatófitos, os fungos filamentosos não dermatófitos e leveduras. São raras na infância e possuem incidência de cerca de 5,5% em adultos com 55 anos e 20% acima dos 60 anos. Dentre os fatores predisponentes pode-se apontar hiperidrose, uso de chuveiros públicos, sapatos, meias sintéticas, *tinea pedis* e outros.

São classificadas clinicamente em subungueais distais e/ou laterais, subungueais proximais, superficiais brancas e, raramente, por fungo filamentoso não dermatófito e onicomicose por *Candida*. Somado a isso, com exceção das onicomicoses por *Candida*, é mais prevalente o envolvimento das unhas dos pododáctilos. As onicomicoses causadas por dermatófitos são a principal causa de alteração ungueal vista nos consultórios, costumam acometer mais de uma unha e, por serem crônicas e recalcitrantes à terapia, representam uma fonte endógena para o acometimento de outras áreas.

A apresentação clínica mais comum é a subungueal distal e/ou lateral, que tem como característica uma opacidade amarelada e ceratósica, em contrapartida, a superficial branca cursa com uma coloração esbranquiçada bem demarcada. No que se refere ao diagnóstico, o exame micológico direto frequentemente é negativo, ainda que corretamente realizado, assim como, quando positivo, a cultura muitas vezes é negativa, de modo que pode ser necessário repetir por até três vezes se a suspeita for elevada antes de considerar o exame micológico realmente negativo.

Para o tratamento das onicomicoses algumas opções com boa eficácia são amorolfina a 5% e ciclopirox olamina a 8%, sendo que a apresentação em esmalte tornou obsoleta as loções e as soluções.

MAPA CONCEITUAL 17 – ONICOMICOSSES



CAPÍTULO XVIII

DERMATOFITOSES

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

O termo dermatofitose ficou consagrado para designar doenças causadas por um grupo de fungos, que, comumente, em vida parasitária, vivem às custas da queratina da pele, dos pelos e das unhas. São os fungos dos gêneros *Trichophyton* (T.), *Microsporum* (M.) e *Epidermophyton* (E.), também sendo sinônimo de tinea ou tinha. Possui distribuição universal, com maior prevalência nas zonas tropical e subtropical, em regiões de clima quente e úmido. Além disso, a mesma espécie pode produzir quadros clínicos bem diferentes.

A dermatofitose do corpo (*tinea corporis*), possui quadro clássico de lesões eritematoescamosas, circinadas, isoladas ou confluentes, uma ou várias, com crescimento centrífugo, com parte externa mais ativa. O prurido está sempre presente, e as localizações usuais são os braços, a face e o pescoço. A dermatofitose marginada (*tinea cruris*) é caracterizada por lesão eritematoescamosa, a partir da prega inguinal, que avança sobre a

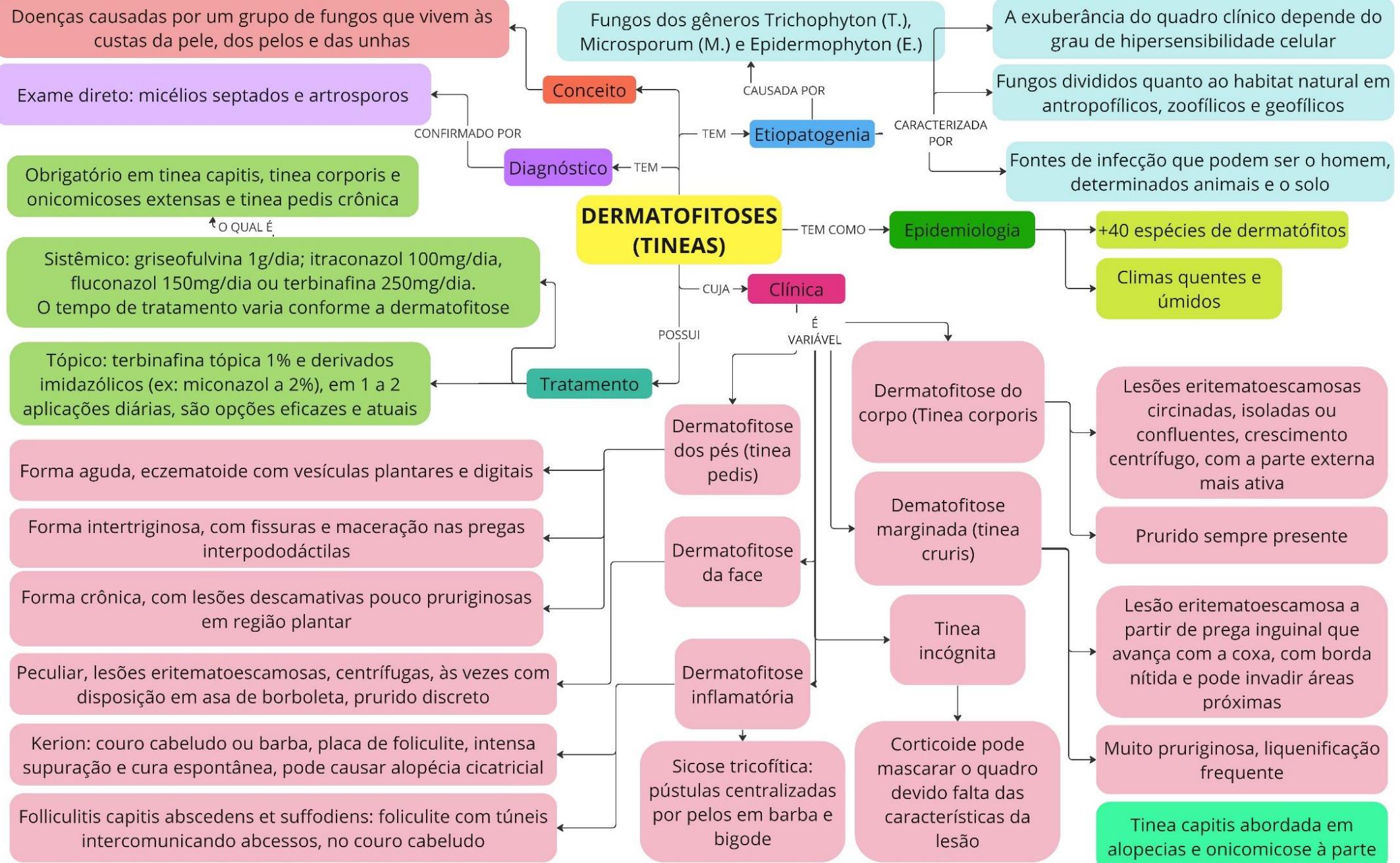
coxa, com nitidez de borda, e pode invadir períneo e propagar-se para as nádegas, região pubiana e, inclusive, baixo-ventre.

É muito pruriginosa, de modo que a liquenificação é frequente. Um ponto importante no diagnóstico diferencial com a candidíase está no não acometimento da pele da bolsa escrotal na tinea cruris. A dermatofitose dos pés (*tinea pedis*) é descrita em 3 formas, a aguda que se caracteriza por eczema, vesículas plantares e digitais e muito prurido, a forma intertriginosa, nas pregas interpododáctilas, com fissuras e maceração, e a forma crônica, com lesões descamativas pouco pruriginosas, acometendo praticamente toda a região plantar.

A dermatofitose do couro cabeludo (*tinea capitis*) caracteriza-se por comprometimento dos cabelos, com lesões eritematoescamosas do couro cabeludo. Os cabelos são fraturados próximo à pele, formando as típicas áreas de tonsura, que são caracterizadas por pequenos cotos de cabelo ainda implantados. O tratamento varia com a forma clínica e espécie causadora. Dentro do tratamento tópico, os medicamentos mais eficazes e atuais são terbinafina tópica a 1% ou derivados imidazólicos em 1 ou 2 aplicações diárias.

O tratamento sistêmico é mandatório em casos de *tinea capitis*, *tinea corporis*, *tinea pedis* crônica e onicomicoses com grau de acometimento maior que 50% da superfície ungueal e/ou que acomete matriz ungueal. Tem como opções griseofulvina, 1g/dia para adultos 2x ao dia, 20 dias para *tinea corporis*, 30 a 45 dias para *tinea capitis* e 45 dias para *tinea pedis*. Opções mais atuais são itraconazol 100mg/dia, fluconazol 150mg/semana e terbinafina 250mg/dia por 2-4 semanas na *tinea corporis* e 4 a 6 semanas na *tinea capitis*.

MAPA CONCEITUAL 18 – DERMATOFITOSES



PITIRÍASE VERSICOLOR

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

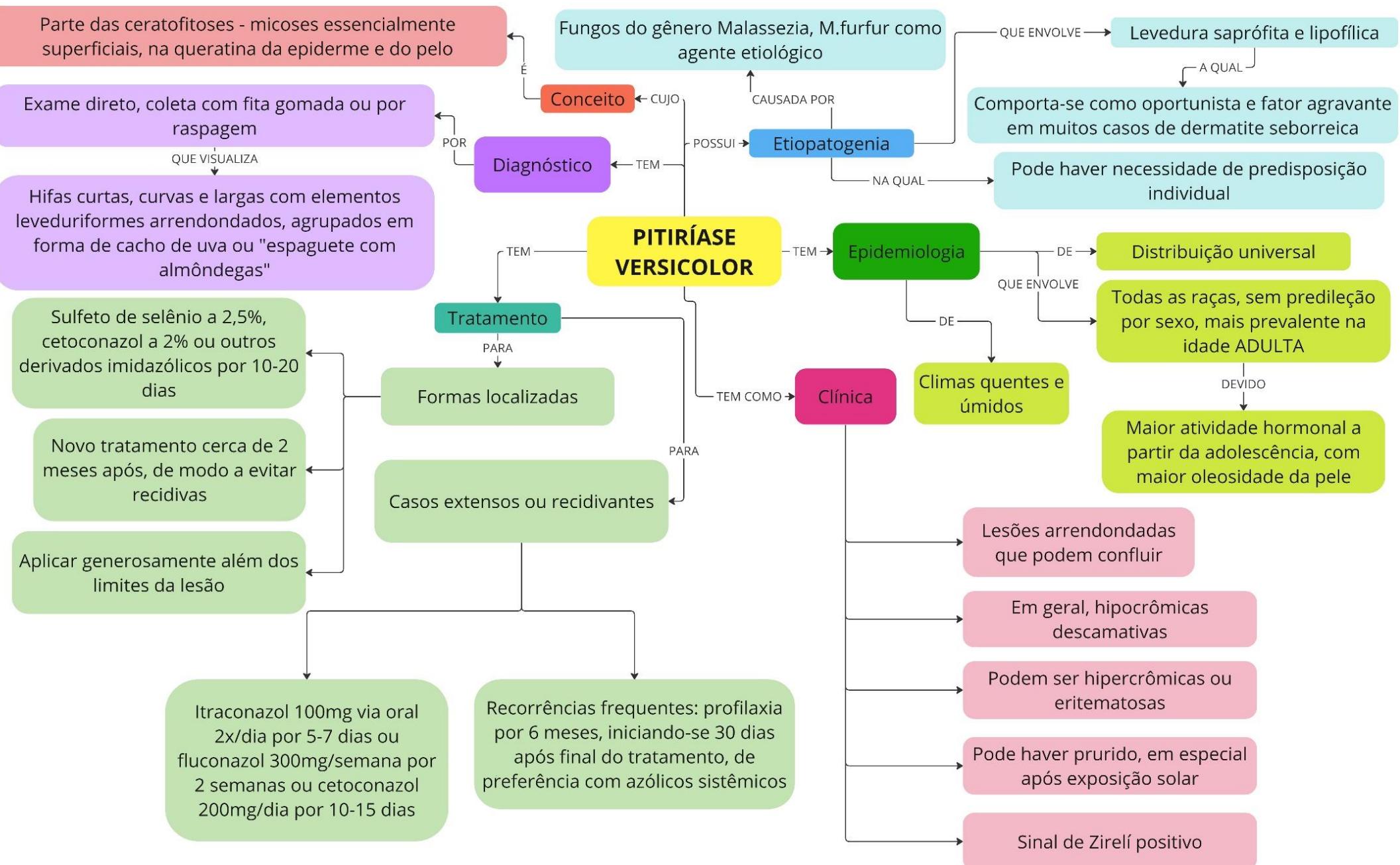
A pitiríase versicolor consiste em uma doença de distribuição universal. Que acomete todas as raças, sem predileção de sexo e, principalmente, na idade adulta e em climas quentes e úmidos. É causada por fungos do gênero *Malassezia*, sendo que para a comunidade médica o principal agente da pitiríase versicolor é a *M. furfur*, uma levedura saprófita e lipofílica, encontrada com grande frequência no couro cabeludo e em regiões de pele glabra ricas em glândulas sebáceas.

No que se refere à clínica, esta caracteriza-se por lesões inicialmente arredondadas, que podem confluir. Em geral, são hipocrônicas e descamativas, porém, podem ser hipercrônicas ou eritematosas, daí o nome versicolor. A localização mais frequente é em áreas de maior concentração de glândulas sebáceas, ou seja, na metade superior do tronco e dos braços. Entretanto, pode ocorrer em outras áreas como face, abdome, nádegas e, inclusive, membros inferiores.

O diagnóstico é confirmado por exame direto, cuja coleta pode ser feita com fita gomada ou por raspagem, no qual são observadas hifas curtas, curvas e largas e elementos leveduriformes arredondados, agrupados em cacho de uva ou com aspecto de “espaguete com almôndegas”.

O tratamento nas formas localizadas pode ser realizado com sulfeto de selênio a 2,5%, cetoconazol a 2% ou outros derivados imidazólicos, por 10 a 20 dias. Em casos extensos ou recidivantes, pode-se utilizar, por via oral, o itraconazol 100mg 2 vezes por 5 a 7 dias ou o fluconazol 300mg por semana durante 2 semanas.

MAPA CONCEITUAL 19 – PITIRÍASE VERSICOLOR



CAPÍTULO XX

PSORÍASE

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

A psoríase é uma dermatose eritematoescamosa, inflamatória, cutâneoarticular, de caráter crônico e recorrente. Esta doença se caracteriza por hiperplasia epidérmica, ciclo evolutivo acelerado e ativação inapropriada do sistema imune. Possui distribuição universal, que varia de 1 a 3% de acordo com a população estudada, porém, é rara em negros.

Há dois picos de incidência da psoríase: entre 20 e 30 anos de idade e após os 50 anos, apesar de poder ocorrer em qualquer faixa etária, além disso, ambos os sexos são acometidos igualmente. Consiste em uma doença de etiopatogenia multifatorial, com base genética poligênica, porém de causa ainda desconhecida, apesar de requerer fatores ambientais para sua expressão. As lesões típicas são eritematoescamosas, em placas bem delimitadas e, ocasionalmente, circundadas por halo periférico claro, conhecido como halo de woronoff, com escamas, de modo geral, argênticas.

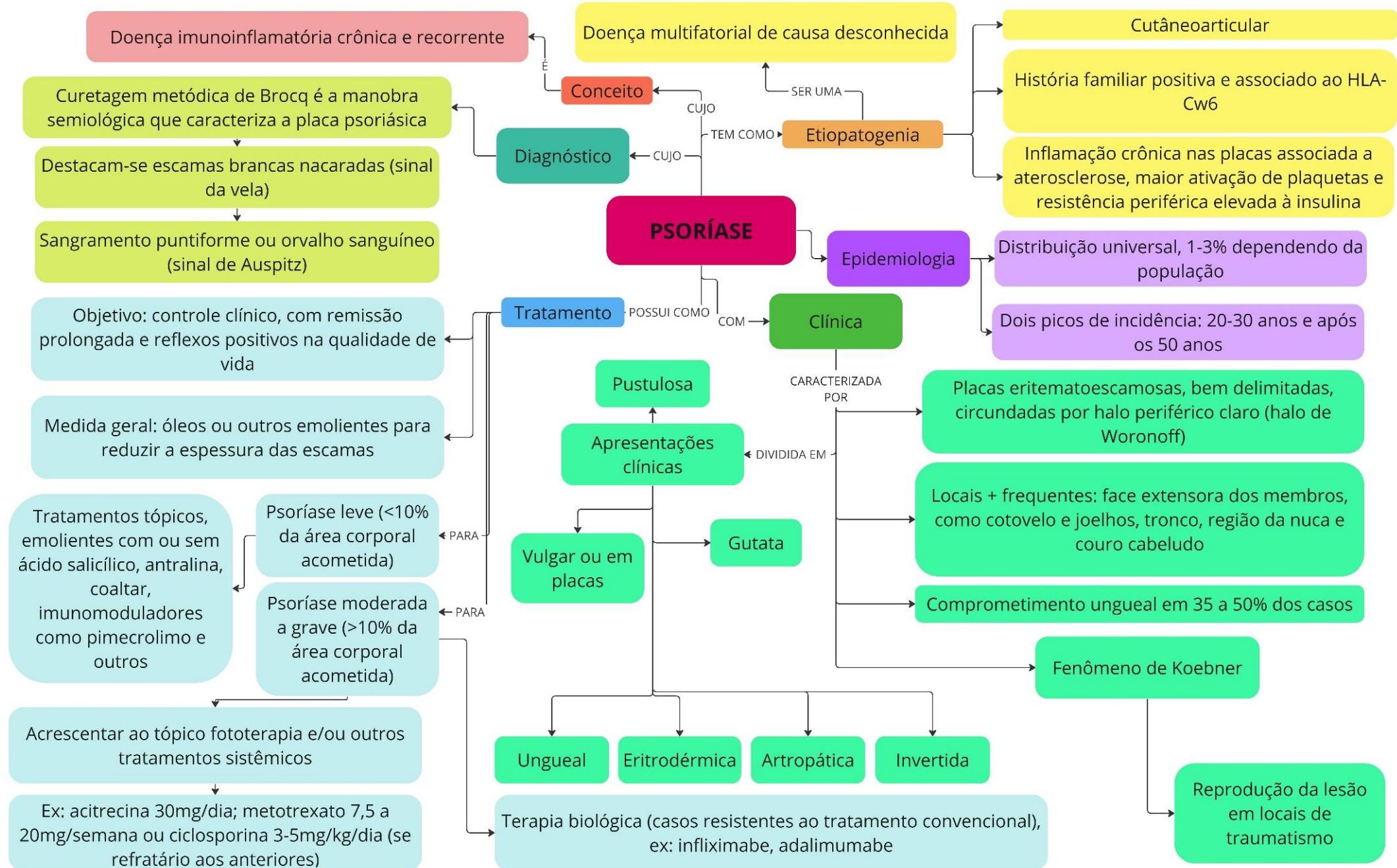
As lesões podem variar de alguns milímetros a grandes placas, com morfologia variada e simetria como regra. Tem como locais mais frequentes: face extensora dos membros, em especial cotovelos e joelhos, tronco, região sacra e couro cabeludo. Quando ocorre em áreas de flexão ou dobras é denominada psoríase invertida. A manobra semiológica que caracteriza a placa psoriásica é a curetagem metódica de Brocq, na qual destacam-se as escamas brancas nacaradas, estratificadas (sinal da vela), seguidas de sangramento puntiforme (sinal de Auspitz).

O prurido ocorre em cerca de 80% dos pacientes, e muitos pacientes com lesões inflamadas referem sensação de queimação e, inclusive, de “dor” na pele. Somado a isso, a psoríase possui diversas apresentações clínicas, destacando-se: vulgar ou em placas, gutata ou em gota, pustulosa, eritrodérmica, invertida, ungueal, linear ou zosteriforme, mínima, palmoplantar ou ceratodérmica e artropática.

Diversas comorbidades podem estar associadas a psoríase, como: aterosclerose, maior ativação de plaquetas e resistência periférica elevada à insulina.

O tratamento tem como objetivo o controle clínico, com remissão prolongada e resultados positivos na qualidade de vida do paciente, sendo de acordo com a forma, extensão e gravidade da doença. As opções incluem tratamentos tópicos com emolientes e, até mesmo, imunomoduladores; fototerapia e/ou tratamentos sistêmicos como o metotrexato.

MAPA CONCEITUAL 20 – PSORÍASE



CÂNCER DE PELE – CARCINOMA ESPINOCELULAR

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

O carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna, originária das células epiteliais do tegumento, com capacidade de invasão local e de metastatizar. Ocorre em todas as raças, com frequência menor que a do carcinoma basocelular, porém representado cerca de 20% dos cânceres cutâneos. É mais frequente no sexo masculino e após a 6^a década de vida.

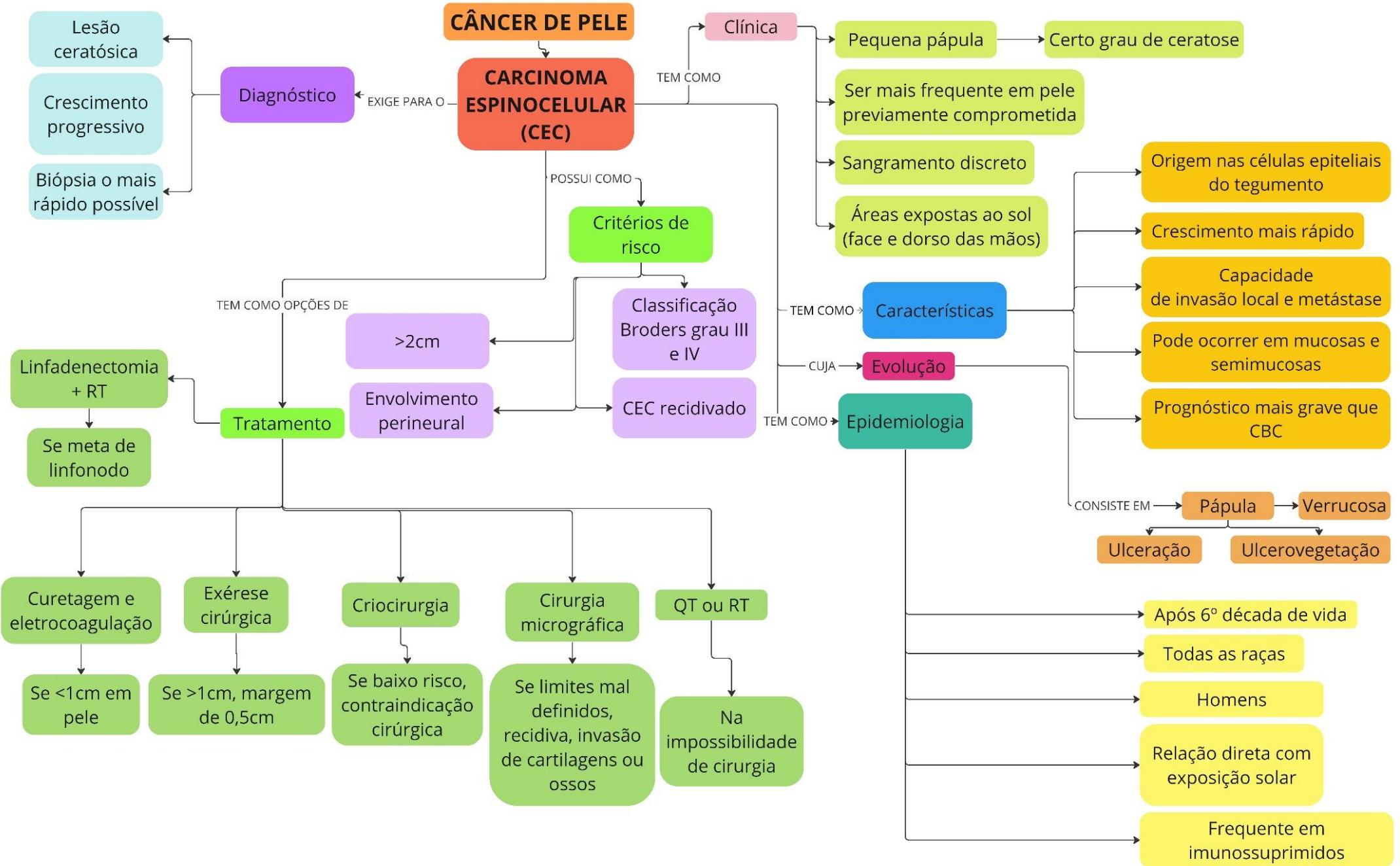
No que se refere à clínica, a lesão pode surgir em pele sã, apesar de ser mais frequente em pele alterada por um processo anterior. Dentre as lesões que originam os CECs, destacam-se as ceratoses actínicas e tóxicas, radiodermites, úlceras crônicas, doenças cutâneas crônicas, cicatrizes antigas, em especial de queimadura e outras. Independentemente da instalação em pele sã ou em pele previamente comprometida, a lesão inicial se apresenta como uma pequena pápula com certo grau de ceratose, de crescimento mais rápido que no carcinoma basocelular.

O crescimento ocorre no sentido vertical, de dentro para fora (vegetante) ou de fora para dentro (invade derme e hipoderme). Outro ponto importante é o sangramento frequente, embora discreto. Dessa forma, há lesões ulceradas de crescimento contínuo, ulcerovegetantes, vegetações verrucosas ou condilomatosas, infiltrações, e, mais raramente, nódulos. Possui como localizações mais comuns as áreas expostas ao sol, em especial face e dorso da mão. Surge, também, com certa frequência nas mucosas e semimucosas, sendo que quando localizado nessas superfícies possui maior capacidade de metastatizar do que na pele.

O diagnóstico ocorre pela identificação de lesão ceratósica de crescimento progressivo, em pessoas adultas, a qual leva à suspeita de CEC e imposição do exame histopatológico, que deve ser realizado o mais rapidamente possível. Seu prognóstico é mais grave que no carcinoma basocelular.

No que se refere ao tratamento, a curetagem simples não é indicada, e a eletrodessecção com curetagem é uma opção para lesões de até 10 mm. Entretanto, a terapêutica ideal é a cirurgia, que possui ampla possibilidade de cura e a quimioterapia e/ou radioterapia são tratamentos coadjuvantes empregados no tratamento de lesões maiores.

MAPA CONCEITUAL 21 – CÂNCER DE PELE – CARCINOMA ESPINOCELULAR



CÂNCER DE PELE – CARCINOMA BASOCELULAR

Elciane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

O carcinoma basocelular (CBC) é um tumor constituído de células morfológicamente semelhantes às células basais da epiderme, de crescimento muito lento, capacidade invasiva que, apesar de destrutiva, é localizada e muito raramente provoca metástases, sendo, assim a neoplasia maligna de melhor prognóstico. Além disso, é a neoplasia maligna mais comum, e incide principalmente na raça branca, em homens, na idade adulta e sua incidência dobra dos 40 aos 70 anos.

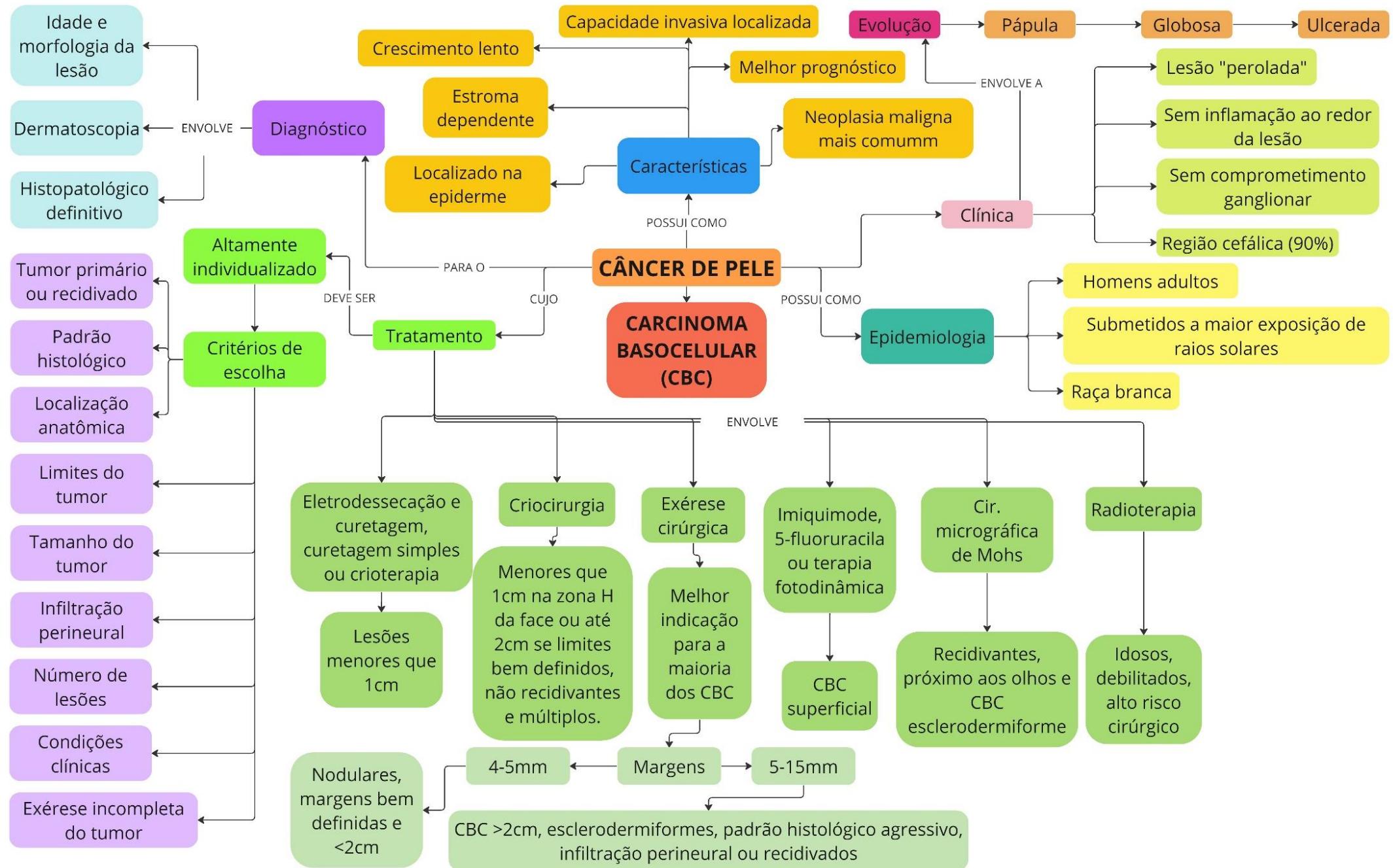
Dentre os fatores etiológicos destacam-se radiações de todos os tipos, certas substâncias químicas como derivados do alcatrão e o arsênico e, raramente, cicatrizes antigas. Aborda-se, ainda, fatores como cor da pele e profissões de maior exposição às radiações. Acredita-se, também, na importância da exposição solar de maneira intermitente. A lesão clínica mais característica do CBC é uma lesão papulosa translúcida e brilhante, de coloração amarelo-palha, conhecida como lesão “perolada”.

Essa lesão papulosa perolada, de pequenas dimensões, muitas vezes é a única manifestação do CBC. Em torno das lesões não há inflamação, nem comprometimento ganglionar ou sistêmico. Possui localização preferencial na região cefálica (90%), seguida do tronco e, por fim, dos membros. A pápula é a lesão inicial, de modo que seu crescimento, após anos, leva à forma globosa ou nodular, que pode medir vários centímetros, e, caso não tratada, cursará com ulceração.

O diagnóstico é realizado com base na idade do paciente e na morfologia da lesão, devendo-se suspeitar de qualquer lesão que passa a sangrar espontaneamente ou por mínimos traumas, de crescimento súbito ou sintomatologia local. Além disso a dermatoscopia possibilita a identificação de critérios específicos para este diagnóstico e o exame histopatológico é decisivo.

Há diversos métodos terapêuticos, por exemplo, para lesões menores de 1cm há opções como curetagem simples, eletrodessecção e curetagem e crioterapia. Em CBCs superficiais substâncias como imiquimode a 5% podem ser utilizadas, assim como terapia fotodinâmica. A exérese cirúrgica está indicada para a maioria dos CBCs, enquanto a criocirurgia e a cirurgia micrográfica de Mohs estão indicadas em casos mais específicos.

MAPA CONCEITUAL 22 – CÂNCER DE PELE – CARCINOMA BASOCELULAR



CÂNCER DE PELE – MELANOMA

Elcilane Gomes Silva^I; Samara Guilhermina de Sousa^{II}; Francisca Regina Oliveira Carneiro^{III}; Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia^{IV}; Renata Mie Oyama Okajima^V; Carla Andréa Avelar Pires^{VI}; Maria Amélia Lopes dos Santos^{VII}

^IMédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestrado em Saúde na Amazônia, Núcleo de Medicina Tropical (NMT/UFPA). Pará, Brasil.

^{II}Acadêmica de medicina, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pará, Brasil.

^{III}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado em Dermatologia, UNIFESP. Pará, Brasil.

^{IV}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Clínica Médica, Fundação Santa Casa de Misericórdia (FSCMPA/UFPA). Doutorado em Fisiologia dos Órgãos e Sistemas, Kagawa University. Pará, Brasil.

^VMédica, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Dermatologia, Faculdade de Medicina ABC. Doutorado em Dermatologia, Universidade de São Paulo (USP). Pará, Brasil.

^{VI}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA. Doutorado em Medicina Tropical, UFPA. Pará, Brasil.

^{VII}Médica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Dermatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pará, Brasil.

O melanoma é um tumor maligno que tem origem dos melanócitos, sendo, em geral de localização cutânea primária, porém pode surgir eventualmente em outras áreas. Tem como característica o seu potencial metastático e consequente letalidade, com um número importante de casos originários de nevo preexistente. Acomete todas as raças, porém é raro em negros. Possui maior incidência em áreas mais próximas à linha do Equador e são mais comuns em adultos jovens, com um primeiro pico de incidência na 5^a década e um segundo da 7^a década da vida. No sexo feminino, o prognóstico é melhor em todos os estágios do melanoma.

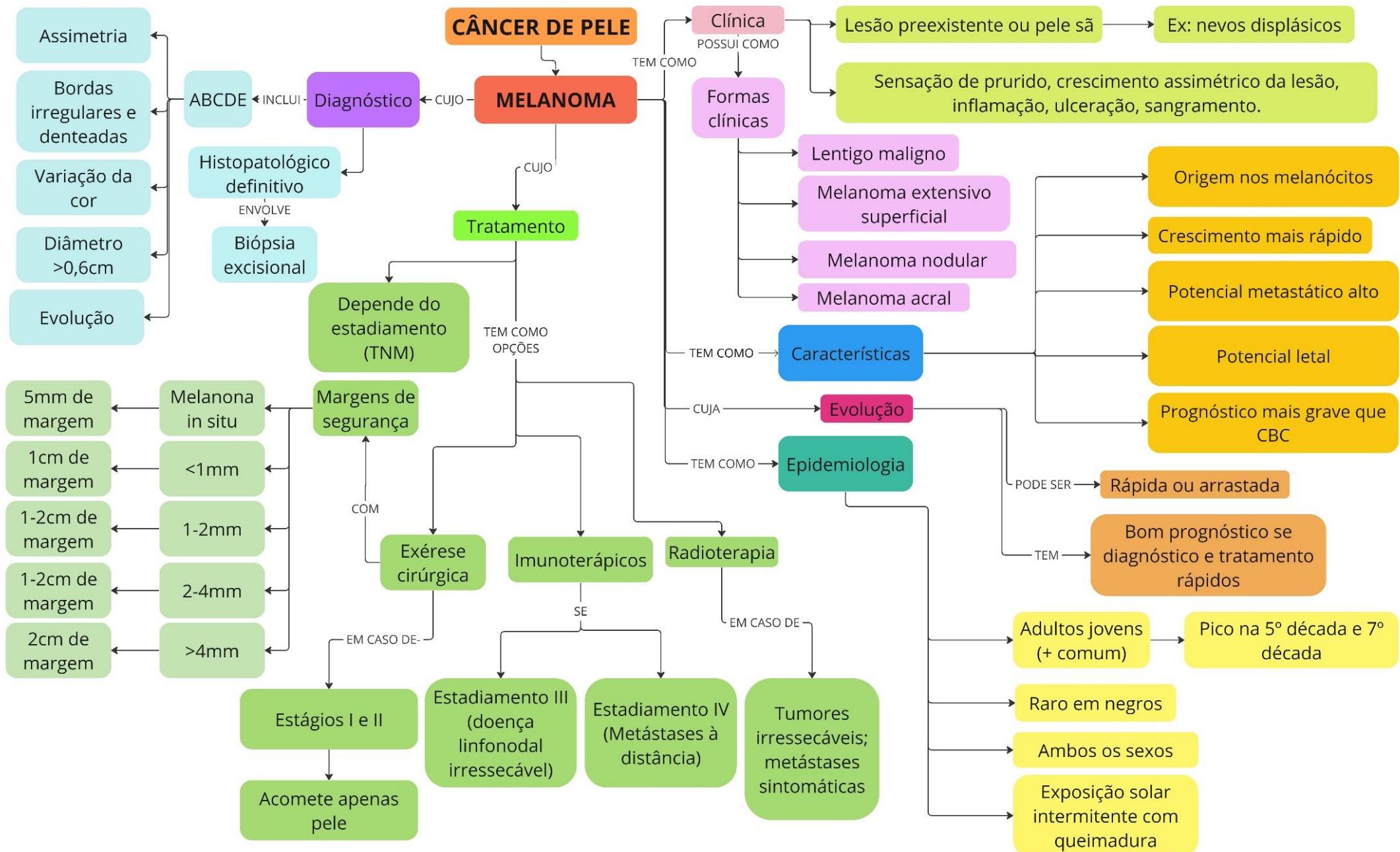
Sabe-se que alguns fatores como exposição solar, fototipo, genética, número de nevos e síndrome do nevo displásico são de grande importância na etiologia do melanoma. Dentre esses, a exposição solar intermitente, com queimadura, parece ser o fator mais importante entre os caucasianos, e indivíduos que se expõem ao sol desde a infância têm maiores chances de desenvolver melanoma na idade adulta.

No que se refere à clínica, o melanoma pode surgir de lesão preexistente ou em pele sã, e modificações indicadoras de malignização são sensação de prurido, alterações da pigmentação e crescimento assimétrico da lesão, inflamação, ulceração e sangramento. De modo clássico, é dividido em quatro formas clínicas: lentigo maligno, melanoma extensivo superficial, nodular e acral.

Para o diagnóstico a suspeita baseia-se na regra do ABCDE: assimetria, bordas irregulares, variação da cor, diâmetro maior que 0,6cm e evolução. Além disso, a dermatoscopia pode ser de grande valia na complementação do exame clínico, afinal, torna possível identificar a origem celular da lesão, e, caso melanocítica, se é benigna ou maligna. Entretanto, nenhum desses substitui o exame anatomo-patológico, que deve confirmar o diagnóstico.

Em relação ao tratamento, este tem por base o estadiamento do melanoma cutâneo, e o tratamento da lesão primária consiste na ampliação das margens cirúrgica da biópsia, de preferência excisional, prévia. Além disso, a quimioterapia tornou-se obsoleta com a chegada de medicamentos que atuam na mutação do BRAF e dos imunoterápicos, como o vemurafenibe e o ipilimumabe, respectivamente.

MAPA CONCEITUAL 23 – CÂNCER DE PELE – MELANOMA



REFERÊNCIAS

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia - 8^a Edição**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2022. ISBN 9788527737791.

BELDA, W.; CRIADO, P.R; CHIACCHIO, N.D. **Tratado de Dermatologia**. 4. ed: Editora Atheneu, 2023. 3304 p.

BRASIL. Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2022. Seção 1, p. 50.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer. Tipos de câncer. **Câncer de pele melanoma**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer. Tipos de câncer. **Câncer de pele melanoma**. Rio de Janeiro: INCA, 2022c.

ORFALI, R. L. et al. Consenso sobre o manejo terapêutico da dermatite atópica - Sociedade Brasileira de Dermatologia: uma atualização sobre fototerapia e terapia sistêmica utilizando a técnica e-Delphi. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 98, 2023.

PALMA, S. et al. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2020: Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020.

RAMOS-E-SILVA, M.; CASTRO, M. C. **Fundamentos de Dermatologia**. 1 ed: Editora Atheneu, 2010. 2500 p.

RIVITTI, E. A. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. 1648 p.



PPG ESA UEPa
ENSINO EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA
MESTRADO E DOUTORADO



ISBN: 978-65-00-88484-5

9 786500 884845

QSL