

PROVA PRATICA

- ☉ 1) Criança de 12 anos com numerosas papulas hipocromicas generalizadas, algumas em configuração linear. O histopatológico esta representado. De o diagnostico.
- ☉ **Líquen nítido generalizado** – dermatose inflamatória crônica, rara, com achados histológicos muito característicos, de patogênese incerta.
- ☉ AP – muito característico, então vão diminuir os dados clínicos, isso para saber se sabemos patologia. Garra segurando uma bola. Acumulo de linfócitos e histiocitos, bem circunscrito entre cristas epiteliais.
- ☉ Ocorre mais em criança, há pessoas que dizem que coca, há fenômeno de Koebner, então algumas tem configuração linear.

- ☉ 2) Criança de 1a e 9 meses com lesões em áreas fotoexpostas, tumores e queratoses actínicas. Apresenta também microcefalia, hipogonadismo, alterações neurológicas múltiplas e retardo do crescimento.
- ☉ **Xeroderma Pigmentoso**. Mas é um subtipo muito agressivo, AR, associado a falha no mecanismo de reparo do DNA, levando a hipersensibilidade celular à radiação UV. Faz parte da **Síndrome de Sanctis-Cacchione** é a forma mais rara e grave do xeroderma pigmentoso. Cursa com microcefalia, hipogonadismo, alterações neurológicas múltiplas e retardo mental e de crescimento. As lesões recessivas são sempre as mais graves (caso não lembrarmos).

- ☉ 3) Homem de 60 anos, com lesão em pálpebra superior há 6 meses, o histopatológico esta representado abaixo, qual seu diagnostico.
- ☉ **Paracoccidioidomicose**. Há presença de gemulação múltipla no AP. paredes birregringentes.

- ☉ 4) Mulher 54 anos com alopecia cicatricial de crescimento progressivo há 8 anos. O histopatológico representado abaixo. Qual seu diagnostico.
- ☉ AP – infiltrado inflamatório perianexial, folículo piloso com um plug de queratina, infiltrado com tendência perianexial. Perde a delimitação entre a derme e a epiderme em alguns locais, há dermatite de interface com degeneração vacuolar das células basais, infiltrado inflamatório perianexial, plugging folicular e comedões.
- ☉ **Lupus discoide**.

- ☉ 5) O histopatológico ao lado corresponde a qual lesão clínica;
- ☉ AP - Acanthose regular com superficialização da papila dérmica com capilares dentro. Paraqueratose, alongamento das papilas dérmicas, infiltrado inflamatório crônico na derme, adelgaçamento da epiderme suprapapilar, epiderme com acantose. **Psoríase vulgar**.
- ☉ Queratose actínica – displasia de queratinócitos que não pega toda a espessura da epiderme, se pega toda a espessura é Bowen e se infiltrou na derme vira CEC invasivo.
- ☉ Acanthose nigricante – cor e espessamento da pele.
- ☉ Granuloma anular – tbm tem bx típica.

- 6) O resultado abaixo pode ser fruto do tratamento com terapia fotodinâmica. Antes uma placa com áreas queratósicas eritematosas, típicas de queratose actínica. A afirmação é correta.
- 7) analise as imagens e de seu diagnóstico.
- A) múltiplos cabelos saindo em tufo, como se fosse de boneca. Couro cabeludo com alopecia cicatricial, fibrose, em maior aumento vemos eritema perifolicular e cabelos em tufo.
- Foliculite Decalvante.**
- Forma inflamatória de alopecia cicatricial. Ocorre mais em homens, no vértice e na região occipital do couro cabeludo, tufo foliculares, eritema perifolicular, crostas e pústulas podem ser observados.
- A diferença para a dissecante – esta faz cistos, abscessos, fistulas, comunicam um com outro, couro cabeludo descola, drena secreção.
- 8) Analise a foto clínica, histopatológico e IF e de o dx.
- Papulas e placas eritematosas, algumas erosões em antebraço.
- AP – bolha subepidérmica com acúmulo de neutrófilos na base da bolha.
- Pênfigo é bolha intraepidérmica.
- IF – tem depósito de IgA granular nas papilas dérmicas.
- Dermatite Herpetiforme ou Doença de Duhring-Brocq –** vesículas subepidérmicas, neutrófilos e eosinófilos na derme papilar, IFD com IgA padrão granular.
- Se fosse IgA linear – ia ser depósito de IgA linear e as lesões em rosetas.
- 9) Senhor com lesões eritemato-descamativas secas no abdômen e mãos. O raspado cutâneo das lesões do paciente abaixo, clarificadas com KOH evidenciaram a etiologia – qual seu diagnóstico.
- Sarcoptes escabiei. **Esbaciose.**
- 10) Homem 83 anos, lesão em placa na axila há 8 anos. Histopatológico e imunohistoquímica em anexo. Qual o diagnóstico.
- Placa eritematosa, infiltrada, áreas verrucosas em axila.
- AP – células maiores que os queratinócitos normais, citoplasma mais claro que o normal. Desorganizado, células com núcleos maiores, grandes, pleomórficos, de vários tamanhos, nos fala que é processo maligno. Citoplasma mais claro, epiderme com áreas mais claras entremeadas.
- Lesão clínica – placa extensiva de crescimento lento, 8 anos, na axila.
- Doença de Paget Extramamária.**
- Se fosse mucinose folicular – apareceria um folículo com interior dilatado e mucina. Não teria alteração epidérmica. Mucina degenerando folículo e teria infiltrado de linfócitos.
- As células tumorais se disseminaram pagetoidemente. Imunohistoquímica **CK7 positiva.** Infiltrado intraepidérmico de grandes células com citoplasma claro e núcleos pleomórficos.
- CK7 positivo com esse quadro fala a favor de Paget.

- ☞ 11) Mulher 34 anos, com papulas normocromicas há 14 anos em torno dos olhos, mucosa gengival, tornozelos e punhos. Apresenta também lesões hiperqueratósicas palmoplantares. Qual é a síndrome.
- ☞ Dx diferencial – lipoidoproteinose. Tem papulas típicas nas pálpebras.
- ☞ **Síndrome de Cowden** – Síndrome dos hamartomas múltiplos – tem múltiplos triquilemomas na face. É autossômica dominante.
- ☞ **Tríade dermatológica** – triquilemomas faciais múltiplos (hamartomas do infundíbulo folicular), fibromas orais e queratoses acraais benignas.
- ☞ Aumento da susceptibilidade a tumores de mama, tireoide e TGU.
- ☞ Macete – trifique. (início de cada item da tríade).

- ☞ 12) Qual a causa do acidente com o banhista abaixo.
- ☞ Paciente com lesões lineares tipo chibatada no tronco. Placas lineares longas e entrecruzadas em banhista, após contato com **CARAVELA**. *Physalia physalis*. Desenho típico pelos tentáculos dela.

- ☞ 13) Qual a causa do acidente com o banhista abaixo.
- ☞ Múltiplos pontos hemorrágicos na planta de um pé. Acidente com **OURIÇO DO MAR**.

- ☞ 14) Qual o diagnóstico e padrão de distribuição das lesões abaixo.
- ☞ **Nevo epidérmico verrucoso de distribuição nas linhas de Blaschko**.
- ☞ Nevo epidérmico – hamartomas, há desorganização e aumento de uma quantidade em particular de um tecido. Mas não é maligno.
- ☞ Dermatomo é diferente- segue o trajeto nervoso. Zoster segue dermatomo.

- ☞ 15) Paciente com SIDA. Qual a alteração apresentada e quais as classes de drogas mais envolvidas nessa alteração.
- ☞ **Lipodistrofia facial do HIV**. Causado por inibidor de proteases e tbm por inibidor de transcriptase reversa. Alguns autores acham que tem relação com o vírus.

- ☞ 16) Adolescente, 13 anos, lesões há 11 meses; analise a clínica e exames e de o diagnóstico.
- ☞ Bolsas na face, algumas lesões em roseta, exulcerações.
- ☞ AP – bolha subepidérmica.
- ☞ IFD – Depósito de IgA linear na ZMB.
- ☞ **Dermatose por IgA linear Ou dermatose bolhosa crônica da infância**.

- ☞ 17) Idoso com lesões descamativas. Analise a imagem e os exames e de o dx e o agente envolvido.
- ☞ AP – queratinócitos da granulosa com hifa na camada córnea. Na cultura houve crescimento de rubrum – sangue vermelho.

- ☉ **Tinha corporis, Dermatofitose, causada por *Tricophyton rubrum***. Colônia filamentosa, anverso branco algodoso e reverso vermelho sangue venoso.
- ☉ 18) *Analise a imagem e o exame e de o diagnostico.*
- ☉ Dorso todo exulcerado. Destacamento de quase toda a pele do dorso.
- ☉ AP – bolhas intraepidérmicas suprabasal (baixa). Há acantólise (células que perderam a conexão entre elas, perda de desmossomos).
- ☉ IFD – Depósito de C3 intercelular e predominante nas camadas inferiores. Fluoresce entre os queratinócitos.
- ☉ **Penfigo Vulgar.**
- ☉ 19) *Analise a imagem e o exame e de o diagnostico e o agente envolvido.*
- ☉ Papula amarelada com centro enegrecido em sola do pé.
- ☉ AP – tunga dentro da pele, dentro da camada córnea. A tunga é enorme, vemos sua cabeça, seu corpo, ela é enorme. O Sarcptes é menor e pode ser múltiplo.
- ☉ **Tungiiase.** Causada pela *Tunga penetrans*. Família Siphonaptera.
- ☉ 20) *Mulher, 42 anos, há 4 anos com papulas ceratosicas algumas crostosas, de coloração acastanhada, distribuídas linearmente ao longo da região mamaria esquerda. As lesões são pruriginosas e sofrem exacerbação com o calor. Qual o diagnostico.*
- ☉ **Doença de Darier.**
- ☉ AP – há disqueratose, problema na maturação do queratinócito, as células amadurecem antes de chegar à superfície. Hiperqueratose com áreas de paraqueratose, acantose e acantólise suprabasal, associada a **corpos redondos** e grãos além de infiltrado inflamatório perivascular superficial composto por linfócitos.
- ☉ Papulas queratosicas em região seborreica, pioram com o calor.
- ☉ Genodermatose AD, caracterizada por lesões ceratosicas, algumas crostosas, acastanhadas, preferencialmente em áreas seborreicas da pele, de distribuição simétrica, que, tipicamente sofrem exacerbação com luz UV. Geralmente tem início na 2ª década de vida, mas pode apresentar-se mais tardiamente, acometendo pele e unhas de forma característica.
- ☉ Unhas com estrias eritematosas e bordas livres com fissuras em V.
- ☉ Pode vir acompanhada de Acroqueratose Verruciforme de Hopf.
- ☉ 21) *De o diagnostico.*
- ☉ **Neurofibromatose tipo I Doença de Von Recklinghausen..**
- ☉ Saber os critérios – 2 ou mais das seguintes características:
 - 6 ou mais manchas café com leite maiores de 1,5cm em adultos e até 6 anos 0,5cm.
 - 2 ou mais neurofibromas.
 - Pelo menos um neurofibroma plexiforme.
 - Sardas axilares e inguinais.
 - Glioma óptico.
 - Dois ou mais hamartomas de Iris (nódulos de Lisch).

- Uma lesão óssea característica (escolioses acentuadas).
- Recorrência familiar com pelo menos um parente de primeiro grau.

☞ 22) *Paciente abaixo relata ter ingerido Shiitake. De o diagnostico.*

☞ **Dermatite flagelada.**

☞ Papulas eritematosas lineares com aspecto de chicotada.

☞ Causas:

- Quimioterapia com bleomicina (principal causa)
- Dermatomiosite
- Cogumelo shiitake (*Lentinus edodes*): segundo cogumelo mais consumido no mundo, pode ser causa de dermatite flagelada quando ingerido cru ou mal cozido.

☞ 23) *Paciente com SIDA apresenta lesão nasal. Foi realizada biopsia e cultura evidenciadas abaixo. De o diagnostico.*

☞ Bx de lesão que não sarava.

☞ AP – infiltrado inflamatório, células grandes com núcleos grandes (histiocitos). Vemos estruturas pequenas, menores do que o nucleo da célula. Dentro do histiocito, com halo claro ao redor.

☞ Coloração de Grocott – múltiplas estruturas fungicas pequenas ovaladas.

☞ Cultura de fungos – *histoplasma capsulatum*, há fiapos ao redor do fungo.

☞ AP – histoplasmose – exame AP mostra infiltrado linfo-histiocitario com inúmeros histiocitos albergando estruturas fungicas no citoplasma (HE, 400x)

☞ *Histoplasma capsulatum* – inúmeros macroconideos com ***estalagmosporos*** evidentes.

☞ **Histoplasmose.**

☞ 24) *Paciente com lesões abaixo em áreas de exposição solar. Analise as fotos da lesão e o histopatológico e de o diagnostico.*

☞ **Poroqueratose actínica superficial disseminada.**

☞ Biopsia – tem lamela cornoide na camada córnea. Vemos uma paraqueratose com diminuição da granulosa bem no local da lamela.

☞ Apresentação mais comum da poroqueratose, iniciando entre a 3ª e 4ª décadas de vida. As lesões são numerosas cor da pele ou eritematosas, com anel lamelar na periferia e atrofia central, presentes principalmente em áreas fotoexpostas das mulheres.

☞ AP – lamela cornoide. Coluna de paraqueratose compacta erguendo-se a partir de uma invaginação da epiderme, possuindo uma camada granulosa diminuída e queratinócitos diskeratóticos.

☞ 25) *Feminino 25 anos, lesão em fossa cubital há 2 anos, surgiu como papula evoluindo para nódulo e ulceração. AP – derme com lesão infiltrativa, constituída por células grandes, abundante citoplasma granuloso e pequenos núcleos hipercorados sem atípias.*

☞ Infiltrado de células granulosas e sem atípia – tumor com células granulosas.

☞ **Tumor de células granulares, Tumor de Abrikossoff.**

- ☞ Dx é feito pelo anatomopatológico.
- ☞ 26) *Sexo feminino, com aumento da quantidade de pelos nos pavilhões auriculares e, em menor quantidade, na face, desde o nascimento. Aos 5 meses de idade os pelos aumentaram de tamanho e quantidade, atingindo toda a face, axilas, virilhas e MMII, apresentando aspecto fino e claro.*
- ☞ **Hipertricrose lanuginosa congênita.**
- ☞ Síndrome genética, rara, AD, pelo lanugo excessivo, poupando apenas membranas mucosas, palmas e plantas.
- ☞ Se fosse hipertricrose lanuginosa adquirida – faria parte das paraneoplasias (pulmão e colorretal – lembrar de onde tem pelos).
- ☞ Síndrome de Ambras – hipertricrose congênita de pelos terminais. Menina lobo.
- ☞ 27) *Sexo feminino, 13 anos, com maculas hipocromicas desde o nascimento. Demais lesões iniciaram-se a partir dos 4 anos de idade. De o diagnostico.*
- ☞ **Síndrome de Bourneville-Pringle ou Síndrome da Esclerose tuberosa.**
- ☞ Desordem neurocutânea, AD, desenvolvimento de hamartomas múltiplos em vários locais do corpo, especialmente cérebro, pele, retina, rim, coração e pulmão.
- ☞ Placa hipocromica tipo folha.
- ☞ Placa fibrosa da fronte – mas pode ser na bochecha, marrom amareladas, localizadas na fronte ou couro cabeludo, aparecem em qualquer idade e podem ser vistas ao nascimento.
- ☞ Fibromas periungueais – tumores de Koenen.
- ☞ Maculas tipo confete – as maculas hipomelanóticas tbm podem ser tipo confete.
- ☞ Maculas hipomelanóticas – lesões cutâneas precoces, presentes ao nascimento ou na infância. As mais características são aquelas em forma de folhas – ashleaves).
- ☞ Angiofibromas faciais – aparecem entre o 2º e 5º ano de vida, poupa fronte.
- ☞ Placas de Shagreen – placas eritematosas ou amareladas na superfície dorsal do corpo. São nevos de tecido conectivo.
- ☞ Lesões neurológicas, lesões císticas no cérebro, convulsões.
- ☞ 28) *Paciente com emagrecimento, massa palpável abdominal e lesões cutâneas a seguir. De o diagnostico e neoplasia mais comumente envolvida.*
- ☞ **Acantose nigricante maligna.** Adenocarcinomas abdominais – neoplasia gástrica. Pode dar na face, pés, axilas.
- ☞ 29) *Paciente com síndrome consumptiva apresenta a alteração palmo-plantar bilateral a seguir. De o diagnostico e neoplasias mais comumente envolvidas.*
- ☞ **Palma em tripas – Paquidermatoglia adquirida.** Carcinoma gástrico e pulmonar.
- ☞ Os tumores secretam fatores de crescimento e promovem essas lesões paraneoplásicas pela secreção tumora.

- ☞ 30) Paciente com síndrome consuptiva apresenta a alteração cutânea a seguir. De o diagnostico e neoplasias mais comumente envolvidas.
- ☞ Eritrodermia com áreas de pele sã, fazendo desenhos bizarros.
- ☞ **Eritema Giratum Repens.**
- ☞ Associado a tumores – pulmão, esôfago e mama.
- ☞ 31) Paciente com síndrome consuptiva apresenta alteração cutanea a seguir. De o diagnostico e neoplasias mais comumente envolvidas.
- ☞ **Hipertricose Lanuginosa Adquirida.**
- ☞ Mais relação com Ca pulmonar, colorretal e mamaria.

- ☞ 32) Paciente com massa abdominal e emagrecimento apresenta a alteração cutânea a seguir, de aparecimento em poucos meses. De o diagnostico e neoplasias mais comumente envolvidas.
- ☞ **Sinal de Leser-Trelat** – Ca gástrico e colorretal.

- ☞ 33) Paciente adulto com lesão única, em MI, papulonodular. Realizou bx evidenciada a seguir. Coloração PAS mostrou que células coram e são diástese-labeis.
- ☞ **Acantoma de células claras ou Acantoma de Degos.**
- ☞ Fizemos histopatológico, coramos com PAS, para saber se é glicogênio, amiloide, vamos lavar com diástase. Se for glicogênio a diástase tira o glicogênio, depois não cora mais.
- ☞ Acantose, aumento do tamanho das células de Malpighi, com citoplasma pálido, PAS positivo, diástase-labil (confirma glicogênio). Mostra uma linha de demarcação distinta com epitélio normal.

PROFESSORA ALESSANDRA – PROVA PRATICA

- ☞ 1) Estruturas ou concreções na haste do cabelo. Piedra negra. Cultura escura.
- ☞ Agente – *Piedraia hortae*.
- ☞ **PIEDRA NEGRA**
- ☞ Micose que se caracteriza clinicamente pelo aparecimento nos cabelos, e raramente em outros pelos do corpo humano, de nódulos endurecidos e coloração escura.
- ☞ Doença benigna, baixo contágio, caráter crônico, frequentemente recidivante que afeta ambos os sexos.

- ☞ 2) Síndrome – mixoma atrial, lentigo na face, nevo azul.
- ☞ Há genodermatoses com predominância de lentigos.
- ☞ **COMPLEXO DE CARNEY**
- ☞ Doença autossômica dominante e penetrância incompleta. Caracterizada por múltiplos lentigos e múltiplas neoplasias. Componentes do complexo:
 - LAMB – lentigos, mixoma atrial, mixoma mucocutaneo (lesão papulosa, cor da pele, delimitada, brilhante, inespecífica) e nevo azul.

- NAME – nevus, mixoma atrial, neurofibromas mixoides, efelides.
- ☞ Pode ter varias síndromes dentro desse complexo de Carney. As mais comuns são essas 2 descritas.
- ☞ 3) Papulas angiomasas em toda a face, na conjuntiva. Angiomas são a lesão predominante. Papulas eritematoso-violáceas na face.

☞ ATAXIA TELANGIECTASICA

- ☞ Os hemangiomas, geralmente são comuns em idosos, e neste caso temos em uma criança. Logo, sabemos que isso não é normal.
- ☞ Dx diferencial com telangiectasia hemorrágica hereditária.
- ☞ Afecção autossômica recessiva, rara, por distúrbio imunológico, humoral e celular.
- ☞ Há ataxia cerebelar, telangiectasias na face, orelhas e conjuntivas e infecções nos seis maxilares e pulmões.
- ☞ Pode ter alteração tbm no fundo de olho com hemangioma de retina.
- ☞ 4) Cisto epidérmico de inclusão (papula cor da pele fibroelastica), intestino com polipos intestinais, osteoma, osteoma e fibroma.

☞ SINDROME DE GARDNER

☞ COP – cisto, osteoma e pólipos.

- ☞ Polipose intestinal pré maligna e adenocarcinoma de TGI – tem chance imensa de desenvolver neoplasia. Então sempre temos que investigar.
- ☞ Cisto epidérmico em face e pescoço, osteoma de mandíbula e maxilar, tumores desmóides e tumores fibrosos.
- ☞ Hiperpigmentação congênita do epitélio retiniano (sinal precoce), mutação do gene APC (polipose adenomatosa do colon).
- ☞ Há síndromes com manifestações intestinais e cutâneas, algumas benignas e outras malignas.
- ☞ 5) Exulcerações lineares e maceração em região inguinal, bilateral, arde e tem prurido. Pode ser intertrigo, histiocitose não langerhans.

☞ DOENÇA DE HAILEY-HAILEY OU PENFIGO BENIGNO FAMILIAR

- ☞ História familiar, lesões em outros locais.
- ☞ Há períodos de melhora e remissão, caráter familiar, acantólise com disqueratose.
- ☞ AP – bolha suprabasal, disqueratose (muro caindo) → tbm tem em Darier, Dermatite Herpetiforme.
- ☞ Placa macerada em áreas de dobras.
- ☞ Intertrigo em virilhas, abdômen em avental é mais comum do que axilas. Se tiver em axilas o negócio está grave.
- ☞ Bolha subepidérmica suprabasal com muro desmoronando, células disqueratóticas.
- ☞ Esta nas genodermatoses bolhosas.
- ☞ Herança autossômica dominante.

- 📍 CLINICA – áreas intertriginosas e dorso, lesões mucosas são raras. Placas eritematosas com vesículas flácidas e erosões superficiais. Progressão centrífuga arciforme, circunada, atividade periférica e centro hiperpigmentado, prurido e ardor.
- 📍 HISTOLOGIA – fenda acantolítica supra-basal com muro dilapidado. Disqueratose dos queratinócitos, grãos e corpos redondos. Semelhante a Darier.
- 📍 PATOGENIA – alteração na diferenciação dos queratinócitos. Alteração dos tonofilamentos e complexos desmossômicos. Mutação do cromossomo 3q21-24.
- 📍 6) Papulas foliculares confluentes, formando uma placa papulosa. Pruriginosa. Parecem microvesículas. Dorso, região sacral, tórax anterior. No céu da boca há leucoplasia oral. Áreas mais brancas. Distrofia ungueal, fissuras em V nas unhas.
 - **Onicolise** – descolamento distal, principal causa é trauma.
 - **Onicorrexia** – descamação linear, linhas verticais, ocorre principalmente na onicomiose.
 - **Hiperceratose** – aumento da espessura da unha, presente na onicomiose, junto com onicolise e onicorrexia.
 - **Traquioniquia** – benigna, pode não ser em todas as unhas e é unha com aparência normais e linhas verticais. Tem caráter familiar e ressecamento ungueal. Nas unhas frágeis, vai ter em uma ou outra unha, mas há pessoas que tem em todas. Não tem cura. Tem que hidratar a unha com esmalte, hidratante, usar luva, não usar cáusticos. Não é doença.
 - **Linhas de Beau, Linhas de Muercke, Unhas de Terry, unhas meio a meio** – tem a ver com doença ou transtorno metabólico.
 - **Onicosquiza** – unhas frágeis, principal causa traumas e cáusticos.
 - **Onicodistrofia** – líquen plano, trauma, psoríase,
 - **Distrofia canalicular da unha** – hiperqueratose linear no centro da unha com destruição da matriz.
- 📍 **Acroqueratose verruciforme de Hopf** – papulas queratósicas no dorso das mãos. Tem aspecto de verruga plana. Pode acompanhar esta doença.
- 📍 **DOENÇA DE DARIER**
- 📍 A síndrome completa tem lesão ungueal, dorso das mãos e pés e lesões que ardem em áreas seboreicas. Vamos tratar com acitretina, isotretinoína, retinóides, tazaroteno (muito usado nos EUA).
- 📍 Autossômica dominante.
- 📍 CLINICA – papulas queratósicas ou verrucosas nos ostios foliculares, início na infância e agrava com a idade em áreas seboreicas. Melhora no frio e piora no calor. Mucosa bucal, gengiva e palato duro – papulas esbranquiçadas ásperas, unhas quebradiças, sulcos longitudinais, hiperqueratose subungueal. Papulas queratósicas palmo-plantares (Acroqueratose de Hopf).
- 📍 HISTOLOGIA – hiperqueratose, disqueratose (corpos redondos e grãos), lacunas e proliferação irregular das papilas dérmicas para o interior dessas lacunas.
- 📍 PATOGENIA – autossômica dominante, defeito na desmoplaquina e desmogleína, placoglobina.

- 7) Cotovelo com crostículas, papulas cor de pele brilhantes, maculas pós-inflamatórias. Acomete cotovelos e joelhos. Há prurido. Gosta de áreas de dobras. Há uma placa eritematosa com exulcerações em anel. Há vesículas sobre base eritematosa. Lesão herpética – vesículas sobre base eritematosa.

DERMATITE HERPETIFORME

- Doença de Duhring-Brock.
- Doença prevalece sobre dobras – cotovelos, joelhos, região sacral.
- DOENÇA – HLA B8 e DR3, artigo HLA DQ2 e DQ8, AclgA contra transglutaminase tecidual = diagnóstico sorológico de DH e Doença celíaca.
- Anti gliadina e anti-endomísio também podem estar presentes. Os ACS estão presentes na DH e na DC.
- EPIDEMIOLOGIA – 30-40 anos, pode ocorrer nas crianças e idosos.
- CLÍNICA – com ou sem mucosa acometida, papulas vesículas pruriginosas, evoluem para bolha tensa, simétrica, agrupadas em aspecto herpetiforme. Lesão consistente.
- LOCAL – superfície extensoras externas – cotovelos, tornozelos, linha de implantação do cabelo na fronte, dorso superior, região sacral, nádegas, região escapulares, qualquer área.
- ANTÍGENO – AUTO ANTICORPOS – antígeno não há. O auto anticorpo anti IgA. Auto anticorpo anti transglutaminase epidérmica, anti gliadina e anti endomísio e glutamínicos.
- HISTOLOGIA – microabscessos neutrofílicos na papila dérmica podendo ocorrer clivagem subepidérmica não acantolítica.
- IFD – depósitos de IgA de forma granular ou fibrilar ou pontilhada nas papilas dérmicas e ao longo da ZMB.
- IFI – negativa.
- TRATAMENTO – restrição de glúten, sulfona, auto AC contra gliadina, endomísio e transglutaminase. No Elisa vamos monitorar a terapêutica. Tanto DH quanto DC se não tratadas, além do indivíduo ser desnutrido, diarreia, podem evoluir com tumor do TGI. Dieta de isenção de glúten está na moda.

- 8) Placas eritematosas infiltradas em braço e antebraço, algumas áreas atroficas, escleróticas.
- AP – com algas formando mórula.
- Doença cutânea por alga.

PROTOTECOSE

- Cultura leveduriforme, inespecífica, lesão infiltrada, história de contato com alga.
- Rara, causada por algas do gênero Prototheca.
- Infecção oportunista que ataca pacientes imunocomprometidos devido a terapia imunossupressora, SIDA, má nutrição, doença renal ou hepática, câncer ou distúrbios auto-imunes.
- Transmissão ocorre por inoculação traumática e contato com solo ou água contaminados.
- 3 formas da doença:
 - Cutânea
 - Articular

- Sistêmica
- ☞ A cutânea é a mais comum, as lesões ocorrem predominantemente em áreas expostas e podem ser de vários tipos – papulas nódulos, placas, úlceras entre outros.
- ☞ TRATAMENTO – itraconazol, fluconazol, anfotericina B.
- ☞ É alga e vamos tratar com antifúngico.

- ☞ 9) Bebe com forma do cabelo alterada desde o nascimento.

☞ **TRICOPOLIODISTROFIA**

☞ *Síndrome de Menckes – ou pili torti.*

- ☞ Também denominada de pili torti – há deficiência de cobre ou síndrome de Menkes.
- ☞ Afecção genética devido a impossibilidade de absorção intestinal e impossibilidade de utilização de cobre.
- ☞ O quadro inicia-se nos primeiros meses e os cabelos são torcidos, sem brilho e quebradiços.
- ☞ Há retardo de crescimento e psicomotor, aneurismas e usualmente a morte ocorre nos primeiros anos de vida.
- ☞ Tricorrexe nodosa, tricotilomania (folículos arrancados com processo inflamatório) são muito mais comuns.

- ☞ 10) Redundância de pele em couro cabeludo. Dedos em baqueta de tambor. Paquidermes – são os elefantes. Há aumento das extremidades dos dedos de mãos e pés.

☞ **PAQUIDERMOPERIOSTOSE**

- ☞ Afecção rara, com:
 - uma forma congênita (mais comum em homens que se inicia na adolescência) e
 - uma forma adquirida, secundária a carcinoma de pulmão.
- ☞ CLÍNICA – espessamento cutâneo progressivo, sulcos na pele da face e couro cabeludo (cúteis vértice gyrata), baqueteamento digital, edema dos tecidos periarticulares e periostose de ossos longos.
- ☞ Outras manifestações cutâneas incluem – seborreia, ptose palpebral, acne, hiperidrose, lesões eritematosas sobre articulações e sensação de calor e queimação nos pés e mãos.
- ☞ RX mostra aumento das falanges.

- ☞ 11) Macroglossia, língua plicata, fissura.

☞ **SÍNDROME DE MELKERSON ROSENTHAL**

- ☞ Edema crônico, com agudizações recorrentes, de um ou ambos os lábios, levando à macroquelia (queilite granulomatosa), principalmente do lábio superior. As vezes de modo unilateral, e as vezes atingindo também a região bucal.
- ☞ Há associação frequente com língua plicata e paralisia facial periférica, geralmente unilateral.
- ☞ O sintoma mais frequente e característico da síndrome é o edema orofacial, com a paralisia facial ocorrendo em apenas 20 a 30% dos casos.

☞ **Paralisia facial, queilite granulomatosa, língua plicata. Edemas imensos da boca, aumento de língua e paralisia facial** – é recorrente, então não é angioedema.

☞ 12) Micrognatia, microcefalia, nariz afilado, melanose facial, áreas de atrofia, fotoenvelhecimento. Paciente jovem.

☞ **SINDROME DE BLOOM**

☞ Autossômica recessiva, rara. **Fascies de passarinho**.

☞ Fotossensibilidade, retardo do crescimento, hipogonadismo, imunodeficiência e predisposição para desenvolvimento de malignidades.

☞ É causada por mutação no gene BLM (15q26.1) – macete BLOOM – BLM.

☞ CLÍNICA – face típica (face de passarinho), que corresponde aos achados descritos no caso (microcefalia, face triangular, hipoplasia malar, micrognatismo e nariz proeminente). Eritema e telangiectasia, discromia em áreas fotoexpostas.

☞ Manchas café com leite, maculas hipocromicas tbm são comuns, constituindo as *twin spots*.

☞ Leucemias agudas, linfomas e carcinomas, mielodisplasia, DM II, doença pulmonar crônica.

☞ Os principais dx diferenciais incluem lúpus eritematoso, protoporfiria eritropoietica, síndromes de Rothmund Thompson, Cockayne, ataxia telangiectásica.

☞ Na ausência de tratamento específico, a abordagem deve focar a fotoproteção, correção de distúrbios hormonais, detecção precoce de malignidades e aconselhamento genético.

☞ Lúpus crônico teria alopecia, alterações na orelha, atrofia cutânea, papulas foliculares.

☞ 13) Unhas com leuconiquia na parte proximal e rósea na parte distal. Tem apenas uma partezinha que não é branca.

☞ **UNHAS DE TERRY**

☞ Leuconiquia afeta quase toda a unha, exceto 1 a 2mm distais. Presente na cirrose hepática, ICC e DM.

☞ Diferente da meio a meio que metade é branca e metade é rósea.

☞ 14) Unhas com metade proximal de leuconiquia e parte distal eritematosa.

☞ **UNHAS MEIO A MEIO**

☞ Branca proximal e parda distal, presente na IRC.

☞ 15) Unha de halux direito toda enegrecida com sinal de Hutchinson.

☞ **SINAL DE HUTCHINSON**

☞ Importante indicio clínico de melanoma subungueal e caracteriza-se pela extensão do pigmento marrom ou preto a partir do leito ungueal, da matriz e placa ungueal para a cutícula adjacente e dobra ungueal proximal ou lateral.

☞ Diferenciar de pseudosinal de Hutchinson – banda escura que produz pigmentação ilusória da dobra ungueal proximal devido a transparência da cutícula.

☞ Também esta presente no herpes zoster, dentes de sífilis congênita. Cada um de um jeito.

- 16) Unhas amareladas.

SINDROME DAS UNHAS AMARELAS

- Decorrência do espessamento ungueal a lúnula se torna escura, há perda da cutícula e aumento da curvatura da unha. A lúnula é a parte visível da matriz no dedo. A lúnula escurecida não é bem vista. Então isso é síndrome das unhas amarelas.
- Pode acompanhar – linfedema, doença respiratória, derrame pleural, doenças malignas, uso de D-penicilamina, síndrome nefrótica, AIDS, hipotireoidismo. Principalmente linfedema e doenças pulmonares.

- 17) Onicomicose branca superficial do HIV em todas as unhas. Todos HIV com essa unha tem CD4 menor de 200. Não precisa ser todas as unhas. Pode começar no hálux que o mais traumatizado. Causado pelo *Tricophyton rubrum*. Isso significa imunodepressão grave.

ONICOMICOSE BRANCA

- Marcador da infecção por HIV e imunodeficiência. Lamina ungueal proximal é branca e opaca devido a presença de fungo na sua porção ventral.
- Agente etiológico – *Tricophyton rubrum*.
- Dx diferencial – psoríase, líquen plano, distrofia das 20 unhas.
- Na psoríase há principalmente hiperqueratose subungueal, mancha de óleo, onicodistrofia completa das 20 unhas, onicorrexeis, onicolise. A borda da unha do paciente é eritematosa. Devemos olhar no dermatoscópio e veremos a bordinha bem eritematosa. Onicomicose não tem borda eritematosa. Isso é uma dica para pensar em psoríase ungueal. A certeza é com bx de matriz, mas deixa cicatriz. Devemos usar corticoide oclusivo e há melhora, não melhora com antifúngico.
- No líquen plano – há distrofia ungueal, pode evoluir com pterígio ungueal.
- Diagnóstico – micológico direto e cultura.

- 18) Tumoracao violácea, infiltrada, na orelha de uma criança.

HEMANGIOTELIOMA DE KAPOSÍ

- Tumor vascular associada a Kasabach-Merrit fenômeno (coagulopatia grave devido ao sequestro de plaquetas com sangramento espontâneo).
- Mais frequentemente vista em lactentes e crianças, embora alguns casos tenham sido relatados em adultos.
- Localização habitual é tronco, costas, ombro e região reotroperitoneal onde a mortalidade pode chegar a mais de 50% (CIVD, complicações sistêmicas para o bebê).
- Pode sequestrar plaquetas, fatores de coagulação e o bebê evolui com discrasia sanguínea, CIVD. O mais comum não é a orelha, mas sim o tronco inteiro.
- Lesão endurecida, vermelho violácea, de crescimento rápido, acomete tecidos moles, retroperitônio e osso.
- Trombocitopenia é grave, normalmente com menos de 10 mil/ml.

- ☞ Os tumores também podem ser apresentar como massas hemorrágicas que afetam o mediastino e retroperitoneo produzindo a síndrome de Kasabach-Merrit invadindo estruturas vitais.
- ☞ HISTOLOGIA – lóbulos de capilares, situados na derme e subcutâneo, circundados por tecido colágeno frequentemente fibrotico. Os capilares são finos e apresentam projeções para o interior da luz e por vezes, contem fibrina e microtrombos.
- ☞ Mais típico é no dorso.
- ☞ 19) Dorso do bebe todo violáceo, com tumoracoes violáceas. Parede irregular do dorso do bebe.
- ☞ **NECROSE GORDUROSA DO SUBCUTANEO**
- ☞ Paniculite infrequente e transitória que acomete a gordura marrom dos RN a termo ou pos termo, nas primeiras 6 semanas de vida.
- ☞ Há nódulos eritemato-violaceos dolorosos simétricos com posterior formação de grande placa que acomete principalmente dorso, nadeegas e MMSS.
- ☞ A etiologia é desconhecida, mas existem fatores associados como asfixia perinatal, hipotermia, hipoxia tecidual, cirurgia cardíaca, hipercalcemia, alem de pré-eclampsia, diabetes gestacional e trauma obstétrico.
- ☞ A hipercalcemia ocorre em 25% dos casos, associada a formas extensas com acometimento do tronco, devido ao aumento provável da absorção de cálcio por produção extrarenal de 1.25 dihidroxivitamina D.
- ☞ O exame histopatológico mostra necrose gordurosa, com adipocitos contendo fendas com arranjos radiais e reação inflamatória com granuloma de corpo estranho com células gigantes multinucleadas e fibrose.
- ☞ O dx diferencial é feito com esclerema e paniculite ao frio.
- ☞ Tratamento expectante – corticoide sistêmico em casos graves.
- ☞ Paniculite lobular da gordura marrom com necrose da gordura e dos adipocitos.
- ☞ Fatores predisponentes maternos:
 - Diabetes gestacional
 - Pré-eclampsia
 - Defeitos circulatórios
 - Uso de cocaína
 - Uso de antagonistas do cálcio
- ☞ Fatores predisponentes do parto:
 - Cesárea
 - Traumatismos
- ☞ Fatores dependentes do neonato:
 - Hipoxia ao nascimento
 - Asfixia
 - Aspiração de mecônio
 - Hipotermia
 - Infecções

- Medicamentos – barbitúricos
- Alterações na nutrição
- Alterações no metabolismo

☞ 20) Pele endurecida do RN pré termo (que geralmente é super molinho).

☞ **ESCLEREMA NEONATAL**

- ☞ Aspecto de extrema gravidade, enfermidade subjacente relacionada com sepse, ICC, doenças respiratórias, desidratação, diarreia, hipotermia, alteração metabólica.
- ☞ Endurecimento generalizado da pele e TCS em prematuros ou infantes debilitados.
- ☞ ETIOLOGIA – disfunção do sistema enzimático neonatal na conversão de ácido palmítico e esteárico saturado em ácido oleico insaturado. Há solidificação gordurosa mais rápida.
- ☞ CLÍNICA – nódulos branco-amarelados difusos.
- ☞ LOCALIZAÇÃO – todo o corpo, exceto palmas e plantas.
- ☞ HISTOPATOLOGIA – edema das trabéculas que rodeiam os lóbulos de gordura, engrossamento das bandas de tecido conjuntivo ao redor dos lóbulos de gordura.
- ☞ PROGNÓSTICO – ruim, 50 a 75% de mortalidade.
- ☞ MANEJO – monitoramento para cuidados de suporte, oxigênio, água, eletrólitos, temperatura, metabólicas, controle da infecção, corticoides sistêmicos, exangineotransfusão.

☞ **NECROSE GORDUROSA DO SUBCUTÂNEO**

- ☞ Para diferenciar.
- ☞ RN sadio, o outro era paciente que estava na UTI.
- ☞ Induração circunscrita e área nodular de necrose gordurosa.
- ☞ Injúria hipóxica da gordura por trauma local, complicação perinatal. Preção sobre proeminências ósseas.
- ☞ CLÍNICA – nódulos eritematovioláceos firmes.
- ☞ LOCALIZAÇÃO – nádegas, músculos, tronco, braços e rosto.
- ☞ HISTOPATOLOGIA – lóbulos de gordura grandes, infiltrado inflamatório no TCS, células gigantes multinucleadas tipo corpo estranho.
- ☞ PROGNÓSTICO – resolve em 2 a 4 semanas espontaneamente.
- ☞ MANEJO – aspiração de lesões flutuantes.
- ☞ É uma paniculite transitória, benigna. Boa evolução.

☞ 21) Tumoração em dorso das mãos, queloidianas, nos índios da Amazônia.

☞ **LOBOMICOSE – LACAZIOSE OU DOENÇA DE JORGE LOBO**

- ☞ Coloração de Grocott - vemos os fungos.
- ☞ Micose crônica, granulomatosa, causada por implantação traumática do fungo *Lacazia loboi* – **patógeno não cultivável** até o presente – nos tecidos cutâneo e subcutâneo.
- ☞ CLÍNICA – lesões nodulares queloidianas predominantes.
- ☞ LOCAIS – pavilhões auriculares, face, MMSS e MMII, não comprometendo mucosas.
- ☞ Forma disseminada e acometimento linfático é raro.
- ☞ SINTOMAS – ardor, prurido, hipoestesia e anestesia.

- ☞ Pode haver degeneração para CEC – como qualquer doença de pele que haja proliferação celular crônica.
- ☞ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL – leishmaniose tegumentar difusa, paracoccidioidomicose, cromomicose, MHV, sarcoidose, dermatofibrossarcoma protuberans, cicatriz queloidiana e CEC.
- ☞ TRATAMENTO – exereses cirúrgicas.

- ☞ 22) Papulas cor da pele, levemente eritematosas, amarronzadas, disseminadas pelo tronco.

☞ **SIRINGOMA ERUPTIVO**

- ☞ Tumor do acrossiringeo da glândula sudorípara ecrina.
- ☞ Difícil de ser tratado. Hoje em dia tem sido usado laser de CO2.
- ☞ São tumores benignos derivados da porção intraepidérmica dos ductos sudoríparos.
- ☞ Classificação 4 grupos:
 - Forma localizada,
 - Forma associada à síndrome de Down,
 - Formas múltiplas e eruptivas,
 - Forma generalizada – formas múltiplas e eruptivas juntas.
- ☞ CLÍNICA – múltiplas papulas cor da pele, ou discretamente pigmentadas, que aparecem em surtos, podendo se localizar na face, pescoço, tronco e abdômen, axila e membros, poupando a região palmo-plantar e mucosas.
- ☞ DIAGNOSTICO – histopatológico.
- ☞ Existe também relato na literatura de associação com siringomas eruptivos e casos de Síndrome de Down, diabetes, milium, sarcoidose, elevação do CEA e alterações psiquiátricas.
- ☞ O tratamento geralmente é insatisfatório – com cirurgia, ECT, laser de CO2.
- ☞ AP – forma de girino.

- ☞ 23) Múltiplas papulas amareladas disseminadas pelo corpo, mais endurecidas.

☞ **XANTOMA ERUPTIVO**

- ☞ No cotovelo fica bem amarelado, no tronco fica vermelho.
- ☞ Níveis elevados de **TRIGLICÉRIDES**, frequentemente acima de 3.000 mg-dl, e associados a hiperlipoproteinemia do tipo I (aumento do quilomicron), da classificação de Frederickson, à hiperlipoproteinemia do tipo (aumento de VLDL) ou à hiperlipoproteinemia tipo V (aumento do quilomicron e VLDL).
- ☞ É frequentemente exacerbado pela coexistência de DM, insulino-dependente, consumo calórico elevado, obesidade, consumo abusivo de álcool ou reposição hormonal com estrógeno.
- ☞ Pode ser consequente a alteração no metabolismo de triglicerídeos induzidos por terapêutica com derivados do **ácido retinoide, inibidores de protease e olanzapina**.
- ☞ O xantoma eruptivo se manifesta como papulas e nódulos, isolados ou confluentes, de coloração amarelo-alaranjada, localizados principalmente nas áreas de extensão dos membros e região glútea, podendo comprometer a face e a mucosa oral.
- ☞ As lesões podem ser pruriginosas e dolorosas, e o fenômeno de Koebner pode ser observado. (reprodução de lesões em áreas de traumas mecânicos ou físicos)

- ☉ A lipodistrofia do HIV é uma doença metabólica, há diminuição de gordura na face com aumento de gordura em mamas, abdômen, braços, giba. O importante é que tem alterações metabólicas e não apenas cutâneas.
- ☉ 24) **Pseudobubao** – reação granulomatosa inflamatória provavelmente por compressão – no caso de Donovanose e Tumores pélvicos. É a única que não dá linfonodomegalia das DST.
- ☉ **Bubao** – inflamação verdadeira de linfócitos que se juntam. Tem pus.
- ☉ Cancroide – tem um buraco no pseudobubao. Vários buracos no linfogranuloma venéreo.
- ☉ Dx – cancroide, escrofuloderma, sífilis.
- ☉ A drenagem inguinal no homem é superficial e na mulher é retroperitoneal e profundo, por isso as mulheres tem mais complicações – infertilidade por DST.
- ☉ Se há bubões dos dois lados – pensar mais em processo linfoproliferativo.
- ☉ Bubão – cancro mole, tuberculose ganglionar (escrofuloderma) – principal foco é cervical e depois inguinal. Além disso temos dcs linfoproliferativas. Linfogranuloma venéreo – tem vários orifícios no bubão.
- ☉ **LINFOGRANULOMA VENEREO.**
- ☉ 25) Lesões penianas ulceradas no sulco balanoprepucial, fundo purulento, ardor, mais de uma ulcera, base mole, dolorosa. Onde encosta faz lesão em espelho e pode evoluir com bubão em porcentagem grande dos casos que fistuliza por uma saída.
- ☉ Causada pelo *Haemophilus ducrey*.
- ☉ **CANCRO MOLE OU CANCROIDE**
- ☉ Bactéria gram positiva. Auto-inoculável.
- ☉ Donovanose não é autoinoculável, é crônica e nem é 100% DST. Causada por uma bactéria *Klebsiella* (*Calimotobacterium granulomatis* ou *Klebsiella granulomatis*) que faz lesão verrucosa e depois vira ulcero-vegetante, pode ficar tão grande e comprimir estruturas, tem evolução lenta. É epidêmica em Pernambuco e dx diferencial de doenças ulcero-vegetantes. Mas é rara.
- ☉ Dx diferencial – herpes, sífilis e cancro mole, doença de Behçet (úlceras genitais recorrentes).
- ☉ 26) Lesão ulcerosa, vegetante em glúteo. Grande tamanho, ulcerada, média de 30cm de diâmetro por 15cm.
- ☉ **DONOVANOSE**
- ☉ Dx diferencial – PLECT, doença de Crohn cutânea, CEC, Retocolite cutânea, Paget extracutâneo (mais eczematoso e borda menos infiltrada).
- ☉ Bx – corpúsculos de Donovan, forma de 8, na bx ou raspado, encontrado em 90-95% dos casos.
- ☉ Todas as lesões ulcerosas genitais com evolução de mais de 4 semanas sem cicatrização, tem indicação de bx para dx diferencial com donovanose principalmente.
- ☉ É indolor, incubação de 30 a 90 dias, vai doer só se tiver infecção secundária.

- ☞ 27) Placa eritematosa com partes necróticas, infiltrada, com saída de secreção. Evolui para necrose, ulceração, bordas solapadas. Começa com papulo-pustula.
- ☞ Dx diferencial - Ulcera fagedênica – úlceras enormes.

☞ **PIODERMA GANGRENOSO**

- ☞ Doença inflamatória que geralmente evolui para ulcerações cutâneas e comprometimento sistêmico, associada ao fenômeno patergico em muitos casos e a doenças sistêmicas em 30 a 70% dos casos.
- ☞ É considerado uma discrasia neutrofílica.
- ☞ As lesões pustulosas verificadas no início dos casos de pioderma gangrenoso correspondem, ao acúmulo de neutrófilos.
- ☞ A forma pustulosa é muito difícil de diagnosticar. Parece foliculite. Mas na melhora com antibiótico.
- ☞ Conjunto de células inflamatórias em atividade anormal, ocasiona liberação de quantidades elevadas de metaloproteinases da matriz, além de TNF alfa. Isso ocasiona a ulceração inicial e são responsáveis pelo seu aumento progressivo.
- ☞ Por outro lado, verificam-se quantidades modestas de metaloproteinases da matriz e nas bordas das lesões, o que desfavorece o processo de cicatrização.
- ☞ Já caiu em prova a ação das metaloproteinases. Há muita inflamação no meio e pouca capacidade de cicatrização na borda.
- ☞ Patergia ocorre em 30% dos casos.
- ☞ A reatividade imunológica anormal e a reação de auto-anticorpos contra antígenos comuns encontrados na pele, no TGI e nas articulações seria uma explicação básica para a interpretação da sintomatologia de alguns pacientes.
- ☞ Discreto predomínio feminino, mais comum entre 20-60 anos, mas ocorre em crianças em 4% das vezes.
- ☞ Clinicamente apresenta-se como uma lesão papulo-pustulosa com conteúdo hemorrágico eventual e rápida progressão para ulceração, com níveis variáveis de extensão de profundidade, podendo acometer tendões e ou músculos.
- ☞ As bordas são elevadas, bem delimitadas, eritemato-violáceas e subminadas (derivadas do processo inflamatório necrotizante).
- ☞ CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA
 - **Pustuloso** – DII.
 - **Ulcerado (mais comum)** – DII, artrite, gamopatia monoclonal, malignidades.
 - **Vesico-bolhoso** – doenças hematológicas.
 - **Vegetante-verrucoso** – sem relação com doenças sistêmicas.
- ☞ Em geral, há o predomínio de uma das formas clínicas que podem coexistir no mesmo paciente.
- ☞ **A forma pustulosa generalizada está relacionada a DII.**
- ☞ **A forma ulcerativa pode ser relacionada com DII, artrite, gamopatia monoclonal e malignidades.**
- ☞ **A forma bolhosa está mais associada a doenças hematológicas.**

- ☞ **A forma vegetante e mais rara, também conhecida como superficial granulomatosa, dificilmente possui relação com doenças sistêmicas.**
- ☞ O quadro clássico é uma lesão papulo-pustulosa inicial que ulcera e forma bordas subminadas.
- ☞ Podemos pensar em Paget, mas neste é mais exsudativo e menos infiltrativo.
- ☞ **VARIANTES CLINICAS DO PG**
 - **Periostomal** – a doença ocorre após a formação de ostomia (em menos de 1% dos osteomizados). Em geral, o PG está associado a DII (Crohn e RCU).
 - **Pioestomatite vegetante** – um quadro que apresenta erupção pustulosa que afeta a mucosa oral, com múltiplas e pequenas lesões superficiais, friáveis, sendo algumas consideradas verdadeiros abscessos. Associadas às doenças intestinais inflamatórias.
 - **Atípico ou bolhoso** - lesões bolhosas frequentemente nos MMII, e sintomas constitucionais são as características desta variante, que está relacionada com doenças hematológicas e ou malignas. Em 30% dos pacientes, as lesões são múltiplas e dor é o principal sintoma, ainda que alguns não refiram sintomatologia específica. A maioria tem dor.
- ☞ **SINDROME PAPA**
- ☞ ***Artrite piogénica, pioderma gangrenoso e acne.***
- ☞ Tem sido considerado como integrante das dermatoses auto-inflamatórias.
- ☞ Estas são desordens imunes, mas não auto-imunes (não há altos títulos ou presença de auto-anticorpos e não há especificidade de antígeno estimulador). Ocorre uma disfunção primária do sistema imunitário inato, e na origem, há alterações genéticas e proteicas.
- ☞ Em comum, ocorrem ativação de neutrófilos e/ou monócitos e macrófagos, com processos inflamatórios e apoptose.
- ☞ São doenças auto-inflamatórias e não auto-imunes.
- ☞ Acne tem bactéria mas é considerada como auto-inflamatória e não infecciosa.
- ☞ **DOENÇAS ASSOCIADAS AO PG**
 - DII – colite ulcerativa e doença de Crohn.
 - Artrite reumatoide.
 - Doenças linfoproliferativas e mieloproliferativas – leucemias mielocíticas.
 - Linfomas, síndromes mielodisplásicas, policitemia vera, paraproteinemias, gamopatias, arterite de Takayasu, Granulomatose de Wegener,
 - Infecções pelo vírus da hepatite C e da hepatite B, uso de interferon e ribavirina na hepatite.
 - Disfibrinogenemia
 - Outros – insuficiência renal, DM, Doença de Graves e gestação.
- ☞ **TRATAMENTO**
- ☞ O pustuloso ou pequeno, podemos usar pimecrolimus ou tacrolimus tópico.
- ☞ Corticoides sistêmicos – prednisona ou prednisolona entre 0,5 a 1mg/kg-dia VO,
- ☞ Ciclosporina em doses de 5mg/kg-dia
- ☞ Tacrolimus 0,1% em uso tópico.
- ☞ Esses são os que tem maiores evidências e recomendações atuais para o tratamento do PG.

- ☞ Há outras opções – corticoide tópico, preferencialmente de media a alta potencia, acetona de triancinolona nas bordas da lesão, cromoglicato tópico nas úlceras, tacrolimus, ciclosporina intralesional, azatioprina.
- ☞ 28) Úlceras rasas de bordos delimitados na cabeça do penis, queratose plantar com áreas hemorrágicas. Essa queratoderma blenorragica pode ser devido a reação por antígenos.
- ☞ **SÍNDROME DE REITER – ARTRITE REATIVA**
- ☞ *Uretrite não gonocócica, artrite soronegativa, conjuntivite.*
- ☞ Síndrome de Reiter é nome velho, hoje mais chamada de Artrite reativa.
- ☞ É uma síndrome multissistêmica reativa de origem infecciosa incerta (pode ser após DST) que se caracteriza pela tríade.
- ☞ Pode-se manifestar como uma artrite reativa pos infecciosa (TGI e TGU).
- ☞ 29) Aftas recorrentes em boca, palato, gengiva, mais de 3 episódios ao ano. Úlceras genitais recorrentes. Se não for recorrente não fechamos critérios.
- ☞ **DOENÇA DE BEHÇET**
- ☞ Critério maior:
 - Úlceras orais recorrentes – ulcerações aftosas minor ou major ou herpetiforme observada pelo medico ou paciente, com recorrência mínima de 3x ao ano.
- ☞ Critérios menores (pelo menos 2);
 - Ulceração genital recorrente – ulceração aftosa ou cicatriz observada pelo paciente ou pelo medico (se conta que teve aftas e cicatrizes, já conta como critério)
 - Lesões oculares – uveíte anterior, posterior ou células no vítreo sob exame de slit-lampada ou vasculite retiniana observada pelo oftalmologista.
 - Lesões cutâneas – eritema nodoso, pseudofoliculite ou lesões papulo-pustulares ou nódulos acneiformes em pacientes pos adolescentes na ausência de tratamento com corticoides, vasculite pustulosa.
 - Sinovite
 - Meningoencefalite
- ☞ Doença muito difícil, multisistêmica, pode pegar pequenos ou grandes vasos.
- ☞ 30) Papulas e placas eritematosas, infiltradas, bem delimitadas em pescoço, tronco, dedos.
- ☞ **SÍNDROME DE SWEET**
- ☞ Se for só no dedo – podemos pensar em cisto mixoide.
- ☞ Dermatose neutrofilica febril.
- ☞ Paciente com erupção cutânea, febre diária, neutrofilia sistêmica e neutrófilos na lamina.
- ☞ Sweet sem febre e neutrofilos não é Sweet – ai temos que pensar em sarcoidose, outras doenças.
- ☞ **CONDICOES ASSOCIADAS**
 - **Leucemia** é a mais comum.
 - Lupus eritematoso

- Artrite Reumatoide
 - Sd de Sjogren
 - Doença de Behçet
 - DII
 - Gamopatía monoclonal benigna
 - Gravidez
 - Linfoma
 - Pos-infeccioso Streptococcus
- ☞ Lesão dura, parece que tem pseudovesículas em cima.
- ☞ Dx diferencial com micose fungoide. Mas essa é menos aguda, mais crônica, em indivíduos mais velhos.
- ☞ 31) *Placa infiltrada, eritematosa, com área atrofica, com crosta, verrucosa, infiltrada, eczematosa em face lateral, ângulo de mandíbula, orelha.
- ☞ Dx – lúpus discoide, sarcoidose, paracoccidíose, tuberculose verrucosa, lúpus vulgar (tuberculose), prototese, escrofuloderma.
- ☞ *Nódulos supurados em cadeia linfática cervical – esporotricose, escrofuloderma, actinomicose.
- ☞ *Placa verrucosa em dorso das mãos – PLETT, cromomicose, CEC.
- ☞ Tubercúloes exógenas – cancro tuberculoso (raríssimo, paciente não imunizada entra em contato com M. bovis), BCGite do bebê, tuberculose verrucosa. As outras são endógenas ou por baixa imunidade e disseminadas.
- ☞ **TUBERCULOSE CUTÂNEA**
- ☞ *Úlcera com destruição cutânea de lábio inferior e canto da boca – tuberculose orificial – muito imunodeprimido. Pensar em paracoccidíose, CEC.
- ☞ **TB cutânea primária** – decorre da colonização direta da pele pelo bacilo (cancro tuberculoso, BCGite). Cancro tuberculoso a pessoa não é vacinada. Ocorre mais em acidente de laboratório e é raríssimo. BCGite há nódulo, necrose, acomete gordura, chega até osso, há cura espontânea ou doença. Ocorre nos bebês não protegidos, secundário ao bacilo.
- ☞ **TB cutânea secundária** – decorre da colonização indireta da pele pelo bacilo, vias linfática, hematogénica, por contiguidade, quadros anérgicos com disseminação sistémica.
- **Lúpus vulgar** – PPD positivo. Menos de 1% das TB cutâneas.
 - **Tuberculose verrucosa** – PPD negativo.
 - **Escrofuloderma** – PPD positivo, mais comum, primeiro cervical e depois inguinal. Tuberculose coliquativa.
 - **Tuberculose orificial** – PPD negativo – boca horrorosa em imunodeprimidos.
 - **Tuberculose miliar aguda** – PPD negativo. Ccas com tuberculose miliar gravíssima como se fossem focos sépticos de tuberculose. Disseminação cutânea da TB na infância, alta mortalidade.
 - **Tuberculose gomosa** – baixíssima imunidade e faz lesões gomosas em imunodeprimidos. Abscessos tuberculosos metastáticos – muito raro.

- 🌀 **Tuberculide** – reações a distancia que quase nunca achamos bacilo. São consequência do processo de hipersensibilidade a foco de tuberculose ativo, localizado em outro ponto do organismo. Tuberculide papulo necrótica é o mais comum, Liquen escrofuloso e Eritema Indurado de Bazin.
- 🌀 INFECCAO EXOGENA – cancro tuberculoso, forma verrucosa, BCG.
- 🌀 INFECCAO ENDOGENA – disseminação por contiguidade (escrofuloderma), disseminação linfática (lúpus vulgar), disseminação hematogenica (lúpus vulgar, tuberculose miliar aguda da pele).