

- Ⓢ Granuloma anular: na regio anular.
- Ⓢ Bolhosas: pegar a com 24-48h

- 1) **Linfogranuloma venéreo** – bubão.
- 2) **Cancro mole** – lesões múltiplas, dolorosas, mas são dx diferenciais com herpes, cancro duro, linfogranuloma venéreo, donovanose.
- 3) **Donovanose** – lesão ulcerovegetante. Não da adenomegalia. Não dói. Epidemia em Pernambuco no Brasil, ainda existe. Todas as úlceras que não cicatrizam em 3 semanas, precisam descartar donovanose – pelos corpúsculos de Donovan (encontramos na citologia e histopatologia). Dx diferencial: CEC, HPV, Crohn cutâneo, Pioderma gangrenoso.
- 4) **Pioderma gangrenoso**: pode ser após cirurgia de mama, forma pustulosa. Típico = ulcera com bordas subminadas, fundo granuloso, secretivo. Doença inflamatória que evolui para ulcerações cutâneas e comprometimento sistêmico. Associada ao fenômeno patergico em muitos casos e doenças sistêmicas em 30-70% dos casos.

Patergia – usamos uma agulha e esperamos 48h para ver se há formação de ulcera.

Sempre com pioderma gangrenoso, devemos perguntar se há patergia.

Faz parte das doenças neutrofilicas. As pústulas correspondem a acúmulo de neutrófilos.

Há uma inflamação tão grande com liberação de metaloproteinases, há pouca células de cicatrização na borda, aumentando a cicatriz.

Mais em mulheres, 20-60 anos, raro em ccas. Lesão papulo pustulosa de conteúdo hemorrágico, rápida progressão em extensão e profundidade. São com bordas elevadas e subminadas.

Tipos:

Pustuloso – DII, pode ter ate vasculite de pequenos vasos, de tão inflamatório.

Ulcerado – DII, artrite, gamopatia monoclonal, malignidade

Vesico bolhoso – doenças hematológicas

Vegetante verrucoso – dificilmente tem relação com doença sistêmica.

Variantes:

Periostomal: menos de 1%.

Pioestomatite vegetante: erupção pustulosa que pega mucosa oral.

Atipico ou bolhoso: mais nos MMII, sintomas constitucionais, relacionado a linfoma, doença hematológica maligna. 30% com lesões múltiplas e dor é o principal sintoma.

Doecas associadas ao PG:

DII, AR, linfoproliferativas, linfomas, paraproteinemia, Hepatite B, C, IR, DM.

Tratamento:

Corticoides em doses altas, ciclosporina, tacrolimus tópico. Corticoide tópico em lesões pequenos, cromoglicato tópico, tacrolimus, ciclosporina intralesional.

Doenças autoinflamatórias, alteração do sistema imune inato. Pioderma gangrenoso, acne, artrite.

SINDROME PAPA

PAPA – artrite piogenica, pioderma gangrenoso e acne.

Desordens imunes sem ACS e sem especificidade de ag estimulador. Não há aumento de linfócitos B como lúpus sistêmico (auto imune).

5) **Artrite Reativa – Síndrome de Reiter.**

Origem incerta, tríade: uretrite não gonocócica, artrite, conjuntivite. Mais em homens jovens que tem alguma bactéria em TGI ou gonorreia, e fazem auto ACS contra eles mesmos e iniciam o quadro de uretrite, artrite, conjuntivite que é destrutivo. Muito difícil a cura, só tem controle. Tem fundo genético. *Queratoderma blenorragica*.

6) **Doença de Behçet:** Aftas dolorosas do tipo major, língua saburrosa e aftas major. Aftas e úlceras genitais.

Critérios maiores: (obrigatório)

Lesões orais recorrentes – úlceras aftosas 3x ao ano (observada pelo medico ou paciente).

Critérios menores: (pelo menos 2)

Úlceração genital recorrente

Lesões oculares (uveíte anterior, posterior, células no vítreo)

Lesões cutâneas: eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulo-pustulares ou nódulos acneiformes em pacientes pos adolescentes na ausência de tratamento com corticoides, vasculite pustulosa

Sinovite

Meningoencefalite

Pode ter vasculite de qualquer tipo de vaso.

7) **Sweet:** infiltrado inflamatório intenso, duro, pseudovesiculacao. Papulas ou placas eritematosas, tendem a ser mais violáceas. Febre.

Condições associadas: leucemia ou pré-leucemia mieloide, LES, AR, SS, behcet, DII, gamopatia monoclonal, gravidez, linfoma, pos estreptococos – mais comum.

8) **Tuberculose cutânea:** Placa eritematosa infiltrada na região de orelha, face a direita – lúpus vulgar (tuberculose cutânea), escrofuloderma (dx diferencial com esporotricose, linfoma), tuberculose verrucosa (dx diferencial de CEC, lúpus verrucoso, PLECT), tuberculose orificial.

Tuberculose primaria: inoculação direta do bacilo – *cancro tuberculoso ou conseqüente à BCG*.

Tuberculose secundaria: colonização indireta pelo bacilo vias linfáticas, hematogenicas, contigüidade, quadros anergicos com disseminação sistêmica.

Lúpus vulgar PPD positivo,

tuberculose verrucosa PPD+,

escrofuloderma (coliquativa) PPD+ (mais comum),

tuberculose orificial PPD-,

tuberculose miliar aguda PPD-,

tuberculose gomosa (abscesso metastático).

Tuberculides: conseqüência de hipersensibilidade ao foco tuberculoso ativo. Temos historia de ter tido tuberculose ou ainda ter.

9) **Impetigo:** 90% dos stafilo aureus se encontram na fossa nasal. Pode ser strepto ou stafilococico.

IMPETIGO STAFILOCOCCICO (bolhoso): bolha persistente, crosta é fina. Tendência das lesões a serem circinadas e confluentes. Lesões de mucosa oral podem ocorrer, não cursa com nefrite. São bolhosas, superficiais com bolha flácida. Na criança é na região periorifical – onde tem mais estafilo. Stafilo aureus é patogênico, epidermidis que faz parte da flora. Mais superficial. Folliculite simples é causada por stafilo.

IMPETIGO ESTREPTOCOCICO: o que da nefrite é strepto beta hemolítico do grupo A. bolha quase nunca detectada, com involução rápida e crosta espessa. Lesões não circinadas não confluentes. Não há lesões da mucosa oral. Elevada frequência de nefrite. Precisa de porta de entrada. Crosta seca. Strepto beta hemolítico é sempre patogênico, o da pele causa nefrite e outra cepa que vai causar febre reumática. Existem ccas que fazem IRA por causa de impetigo estreptococico. Celulite é mais profunda, então é mais causada por strepto.

- 10) **Síndrome Estafilocócica da Pele Escaldada:** Descamação periorifical e depois dobras, pés. Bolhas flácidas 24-48, flexuras, periorificiais, rompem e deixam área exulceroexsudativas. Bolha superficial. Causada pelas **endotoxinas**.

Primeiro periorifical, depois dobras.

Causada pela toxina esfoliativa. Tratamento com antibiótico.

Dx diferencial na cca: NET. NET há acometimento de mucosa, pior estado geral e historia diferente. Bx Tb é diferente pq NET tem necrose da epiderme. Olhar quadro de folliculites.

Folliculite decalvante: alopecia centrifuga que é cicatricial, após infecção por estafilo. Não encontra fios de cabelo.

Folliculite dissecante: fistula, múltiplos nódulos, alopecia destrutiva por todo couro cabeludo. Mais destrutiva do que decalvante (fica calvo e atrofico).

Folliculite queloidiana: papulas foliculares na nuca que viram queiloide.

Tetrade de oclusão folicular: hidradenite, acne conglobata, cisto pilonidal, folliculite dissecante. Tem relação com dislipidemia.

Síndrome do choque toxico: causada por complicação de qualquer infecção stafilocócica, pele, faringe, vagina em que produção de **exotoxinas**. Ex: mulheres no período menstrual com tampão vaginal. Febre, hipotensão, edema, torpor, hiperemia de mucosa. Exotoxina que faz quadro de sepse. Desaparece em 3 dias e depois 2 semanas tem nova erupção maculo-papulo-eritematosa e pruriginosa que se resolvem com descamação nas palmas e plantas.

- 11) **Eritrasma:** causada por corynebacterium minutissimum. Bastonete gram positivo, produz porfirinas e fica com cor vermelho coral à luz de Wood.
- 12) **Cancro duro:** fundo limpo, indolor, 50% dos casos com adenite satélite. Dx diferencial com todas as outras DST: cancroide, herpes, linfogranuloma venéreo, donovanose.
- 13) **Sífilis secundária:** lesões palmoplantares: sífilis ou farmacodermia. Esta em epidemia, principalmente em HSH (homens que fazem sexo com homens).
- 14) **Sífilis terciária:** goma sífilítica. Mas tbm pode ter outras lesões. Precisa de bx, historia clinica. Goma é nódulo com necrose central e saída de secreção.

Doenças que dão goma: sífilis, esporotricose, micobacteriose atípica, escrofuloderma.

- 15) **Piebalismo:** lesões vitiligoides fixas e não são em local comum do vitiligo – periungueal, periorifical. Vitiligo no meio da barriga, nas pernas, estável e não adianta tratar. AD.

Despigmentação vitiligoide estável. Ausência de melanocitos nos sítios envolvidos. Mutação no prótoncogene KIT. Este está relacionado a várias doenças com lesões vitiligoides.

Acromia triangular na região frontal + despigmentação região torácica, abdominal e membros. Poupa face. Maculas hiperpigmentadas dentro das hipopigmentadas

- 16) **Síndrome de Waarderburg**: AD ou AR. Acromia de pelos, pele ou ambos. Surdez congênita, heterocromia parcial ou total da Iris, hiperplasia medial de supercílios (sinofris) – olho mais afastado, mas a pupila está no mesmo local).

Maiores: Distopia cantorum, alterações da pigmentação da Iris, hipopigmentação do cabelo, perda auditiva neurosensorial.

Menores: hipopigmentação da pele, confluência de supercílios (sinofris), base alta e alargada do nariz, hipoplasia das asas do nariz.

- 17) **Esclerose tuberosa**: manchas brancas tipo de folha ao nascer. AD, hamartomas em múltiplos órgãos. Tríade: adenoma sebáceo, convulsão, retardo mental.

- 18) Despigmentação em confete e ocronose exógena.

Ocronose exógena: escurecimento da pele que pode evoluir com papulas pequenas tipo caviar. Difícil tratamento. A ocronose endógena é AR causada pela deficiência da oxidase do ácido homogentísico.

Minociclina: hiperpigmentação azulada.

Psorarelínico:

Amiodarona: fotossensibilidade, hiperpigmentação acinzentada.

AZT: faz parte do biovírus para tratamento do HIV. Melanônquia longitudinal, horizontal ou difusa em 10% dos pacientes. Hiperpigmentação em áreas expostas. Podem piorar melanônquia racial.

Clofazimina: hanseníase multibacilar e outras micobacterioses. Pigmentação azulada da pele.

- 19) **Eritema discromico persistente ou Dermatose cinzenta (checar pq ela disse que não é sinonimo)**: mais comum em fototipos III e IV, especialmente América Latina, assintomática, progressão lenta sem associações sistêmicas. Maculas e papulas cinzas no tronco. É acinzentado.

- 20) Lúpus discoide, Lúpus subagudo (50% dos casos evolui para doença reumatológica – pedir urina 1 a cada 6 meses devido a proteinúria), lúpus agudo.

- 21) **Lúpus subagudo**: papulo escamoso ou psoriasiforme ou anular-policíclica. 50% forma sistêmica, anti-Ro, anti-La e passam a barreira placentária – todo lúpus neonatal é subagudo.

Lúpus neonatal: sempre forma subaguda, complicação mais grave é BAVT.

Relacionar drogas de uso contínuo dos últimos 30 dias. Não existe por drogas agudas. Anti-histona positivo. Quando tiramos a droga, ele some.

- 22) **Eritema pigmentar fixo**: pele, mucosa oral e genital. Pigmentação residual desaparece em semanas ou pode ficar permanente.

- 23) **Fitofotodermatoses**: furocumarínico (limão, lima, figo, caju) é reação fototóxica. Necessita de exposição à luz na área de contato com o agente. Limita-se à área de contato e pode surgir ao primeiro contato.

ICONOGRAFIA

- Ⓢ Impetigo
- Ⓢ Purpua palpável ascendente – Purpura Henoch Schoenlein – presença de IgA no vaso. Na cca pode ter dor abdominal, diarreia, problemas renais.
- Ⓢ Queloide.
- Ⓢ Lipodermatoesclerose com ulceração
- Ⓢ Vitiligo
- Ⓢ Ictiose
- Ⓢ Exantema morbiliforme
- Ⓢ Urticaria pigmentosa – mastocitose ***
- Ⓢ Queratolise plantar sulcada
- Ⓢ Pênfigo vulgar + pseudotinha amiantacea
- Ⓢ Dermatite de contato
- Ⓢ Fibromas periungueais – Tumor de Koenen
- Ⓢ Intertrigo candidiasico
- Ⓢ Hanseníase
- Ⓢ Tinha capitis e tinha corporis – baixa imunidade. Até 7 anos não é comum ter tinea do corpo. Tem que pensar em baixa imunidade.
- Ⓢ Foliculite decalvante
- Ⓢ Infedema
- Ⓢ Púrpura pigmentosa crônica
- Ⓢ Foliculite dissecante ou abscedante
- Ⓢ Sífilis secundaria
- Ⓢ Queratose seborreica
- Ⓢ Fibroqueratoma digital adquirido
- Ⓢ Cisto mixoide
- Ⓢ Impetigo bolhoso – pode causar ectima. Ectima é mais comum por strepto pq cocam e tem porta de entrada.
- Ⓢ Psoríase plantar
- Ⓢ Melanoniquia
- Ⓢ Líquen plano linear ***
- Ⓢ Darier
- Ⓢ Hanseníase dimorfa – dx diferencial com tinea do corpo, granuloma anular, eritema anular centrifugo.
- Ⓢ Esporotricose
- Ⓢ Paracoco – estomatite moriforme de Aguiar Pupo
- Ⓢ Policondrite recidivante, hanseníase virchowiana.
- Ⓢ Sarcoidose – gosta muito de nariz
- Ⓢ Eritema giratun repens
- Ⓢ Paget mamário
- Ⓢ Bulose diabeticorum – mais prevalente que necrobiose lipoidica

- ⊗ Hanseníase
 - ⊗ Xantoma eruptivo – alteração de triglicérides- pode ser quadro localizado ou disseminado. O tratamento é metabólico.
 - ⊗ Disidrose
 - ⊗ Pioderma gangrenoso
 - ⊗ Micose fungoide, parapsoríase em grandes placas, hanseníase
 - ⊗ Dermatite herpetiforme
 - ⊗ Telangiectasia macular hereditária = Rendu Osler Weber***
 - ⊗ Blue rubber bleb nevus *** dx diferencial com sarcoma de Kaposi, angiomatose bacilar
 - ⊗ Melanoma amelanótico
 - ⊗ Vasculite nodular = eritema indurado de Bazin *** mais em face posterior de mulheres com insuficiência venosa
 - ⊗ Poroceratose actínica superficial disseminada ***
 - ⊗ Tuberculose – granulomas tuberculoides (lúpus vulgar)
 - ⊗ Tinha do corpo – dermatofitos na camada córnea
 - ⊗ Acanthose nigricante
 - ⊗ Acne nódulo cística
 - ⊗ Acrodermatite enteropática – mais em áreas seboreicas e dobras. Tem que repor zinco.
 - ⊗ Hemangioma
 - ⊗ Nevo Spillus
 - ⊗ Eczema numular***
-
- ⊗ LIPOIDOPROTEINOSE: depósito de material hialino glicoproteico na pele, mucosas e órgãos, face, pescoço axilas e áreas de trauma. Há início com rouquidão pela infiltração da laringe ao nascimento. Dx diferencial protoporfíria eritropoietica.
 - ⊗ Angioqueratoma circunscrito
 - ⊗ Disqueratoma verrucoso
 - ⊗ Siringocistoadenoma papilífero em nevo sebáceo de Jadassohn
 - ⊗ Linfangioma circunscrito ***
-
- ⊗ **Causas de madarose:**
 - Alopecia areata
 - Dermatite atópica
 - Sinal de Hertoghe – mixedema generalizado
 - Displasia ectodérmica hipohidrotica
 - Eritrodermia
 - Hipoplasia da sobrancelha familiar
 - MHV
 - Hipotireoidismo
 - Moniletrix

- Pilli torti
- Progeria
- Sd de Rothmund-Thompson
- Autoinduzida
- Sífilis secundaria

☉ **Causas de lesões verrucosas mais difíceis:**

- Acroqueratose verruciforme de Hopf
- Angioqueratoma circunscrito
- PLECT
- Papilomatose reticulada e confluyente de Gourgerot e Carteaud
- Darier
- Nevo epidérmico
- Halogenoderma
- LP hipertrófico
- LE hipertrófico
- Ictiose
- Incontinência pigmentar (2ª fase)
- Doença de Kyrle
- Líquen amiloidotico
- Lipoidoproteinose
- Linfangioma circunscrito
- Poroqueratose
- Escabiose norueguesa
- Adenoma sebáceo
- Siringocistoadenoma papilifero
- TB verrucosa
- Carcinoma verrucoso
- Disqueratoma verrucoso

☉ **Lesões dos lábios – maculas:**

- Doença de Addison
- CREST
- Lentigo labial
- Sd de Laugier-Hunziker
- Sd de Rendu Osler Weber
- Sd de Peutz Jegher
- Vitiligo

☉ **Manchas pigmentares por drogas**

- Medicamentos utilizados por longo tempo podem fazer pigmentação de mucosas: antimalaricos, amiodarona, minociclina, clorpromazina, zidovudina.

⊗ **Lesões dos lábios – papulas, nódulos e placas**

- Queratose actínica
- Grânulos de Fordyce
- Doença de Heck
- Carcinoma aneal microcístico
- Mucocele
- Neuroma da mucosa
- Acantoma de bainha pilar
- Leucoplasia actínica
- Granuloma piogénico
- Sarcoidose
- CEC
- Lago venoso
- Verruga

⊗ **Lesões dos lábios – eritema-descamativas ou não**

- Acrodermatite enteropática
- Queilite actínica
- Candidíase
- DC
- Erupções a droga – QT
- Eczema
- Eritema multiforme
- Queilite irritativa
- Perleche
- Queilite por retinoide

⊗ **Lesões dos lábios aumentados**

- Angioedema
- Sd de Aschers
- Queilite angular
- Sd de Melkerson Rosenthal – queilite granulomatosa
- Granulomas por injeção de colágeno

⊗ **Gengivite aguda ulcerativa necrotizante**

- Síndrome boca de trincheira, gengivite de Vincent
- Gengivite atrofica senil
- Gengivite por espiroquetas
- Gengivite herpética
- Gengivite da gestação
- Gengivite marginal

- ⊗ Antimaláricos: hiperpigmentação da pele e hipopigmentação dos cabelos.
- ⊗ Doença de Heck:
- ⊗ Carcinoma aneural microcístico:
- ⊗ Sarcoidose
- ⊗ Lago venoso
- ⊗ Verruga filiforme
- ⊗ Fissura mediana do lábio
- ⊗ Eritema multiforme
- ⊗ Queilite irritativa – sem causa, mais em mulheres jovens irritadas
- ⊗ Perlache – queilite angular
- ⊗ Queilite por retinoide
- ⊗ Lesão oral muito feita – pênfigo paraneoplásico, eritema multiforme, pênfigo vulgar (90% acomete a boca).
- ⊗ Pênfigo vegetante
- ⊗ Sífilis primária no lábio – cancro duro
- ⊗ Queilite esfoliativa – pode ser dx diferencial com psoríase
- ⊗ Prurigo actínico – lesões cutâneas pruriginosas em áreas expostas. Queilite exuberante é sempre observada. Tratamento: talidomida.
- ⊗ Angioedema
- ⊗ Sd de Aschers: dobra dupla do lábio superior, blefarocalasia.
- ⊗ Síndrome de Melderson Rosenthal – queilite granulomatosa + língua fissurada + paralisia facial.
- ⊗ Gengivite aguda necrotizante: mais em adolescentes com febre, mal estar, aumento dos linfonodos. Tem tbm gengivite descamativa – ocorre em quadros de LPO.
- ⊗ Gengivite marginal.
- ⊗ Hiperplasia gengival: hidantoina
- ⊗ Epulis – tumor de gengiva. Granuloma piogênico da gengiva da grávida.
- ⊗ Língua em framboesa: escarlatina.
- ⊗ Queratose friccional – próteses mal adaptadas.