

REVISAO ORAL DERMACURSO – 21-03-15

- ⊗ **Mancha ou mácula**: nao tem relevo. Pode ser por pigmento exógeno (tatuagem), endógeno (betacaroteno, melanina, ocronose, medicamentos). Pode ser por alteração dos vasos sanguíneos (eritema, enantema, exantema, púrpura).
- ⊗ **Eritema**: algo mais localizado. Quando é muito difuso, citamos outros termos, como exantema.
- ⊗ **Exantema**: varias lesões eritematosas e geralmente de inicio agudo.
- ⊗ **Eritrodermia**: varias lesões eritematosas e de curso crônico. Mais de 90% da superfície corporal acometida, geralmente descamativo.
- ⊗ **Enantema**: eritema de mucosa.
- ⊗ **Cianose**: para referir a pele. Pode ser:
 - Central – doença cardiopulmonar. Não melhora ao erguer o membro.
 - Periférica – geralmente devido a 2 problemas básicos.
 - Estase sanguínea, aumento de consumo periférico por distúrbios circulatórios. Precisa de 5g de hemoglobina % para ter cianose. Se for problema circulatório, geralmente melhora ao elevar o membro.
 - Hemoglobinopatia:
- ⊗ **Cianema**: cianose de mucosa.
- ⊗ **Púrpura**: extravasamento de hemácias. Não some a digitopressao. As outras todas melhoram com a digitopressao.
 - **Petequia**: púrpura pequena – ate 2mm, ate 10mm (varia conforme os autores).
 - **Equimose**: púrpura grande.
 - **Víbice**: lesão purpurica compridinha, linear.
- ⊗ **Hematoma**: coleção de sangue, vamos conseguir drenar.
- ⊗ **Abscesso**: coleção de pus.
- ⊗ **Urtica**: lesão geralmente papulosa, em placa, tem relevo, bem delimitada, eritematosa ou pálida. Edema muito intenso, comprime o vaso e fica branca. Tem halo igualmente eritematoso ou pálido, fugaz e pruriginosa.
- ⊗ **Ponfo**: é igual lesão urticariforme, mas em cima dele tem uma vesícula. É sinônimo de sero-papula. Ex: estrófulo.
- ⊗ **Papula**: 0,5 a 10mm.
- ⊗ **Placa**: maior de 0,5 a 10mm com relevo. Pode ser grande, desde que seja plana e superficial, levemente elevada.
- ⊗ **Nódulo**: muitas vezes tem mais de 1cm a 3cm e pode confundir com a placa. A diferença básica para a placa → geralmente utilizado para lesões mais profundas, geralmente mais bem delimitado e circunscrito que uma placa. Palpando é consistente e delimitado. Atinge derme, hipoderme. Mais profundo.
- ⊗ **Tumor ou nodosidade**: lesão maior de 3cm.
- ⊗ **Tubérculo**: lesão elevada com tecido de granulação (mistura clinica com histopatologia). O americano não gosta.
- ⊗ **Goma**: é uma historia, não posso dizer por apenas uma foto. Tem 3 ou 4 estagios:

- *Endurecimento*
- *Amolecimento* (seu conteúdo sofre necrose)
- *Esvaziamento* (fistuliza e elimina o material, podendo até ficar como ulcera).
- *Reparação*

Mais descrito na sífilis terciária. Frequentemente após fistulizar, fica com uma ulcera crônica. Alguns colocam o último termo – reparação como evolução da goma. A goma sífilítica não tem tendência a cura espontânea e não deixo de chamar de goma por ser crônica. Por isso esse último é questionável.

- ⊗ **Vegetação:** traduz um achado histopatológico, papilomatose. É exofítica e parece couveflor. Se for ceratósica, chamamos de verrucosa e se não for, chamamos de condilomatose.

DESCREVA A LESÃO

- ⊗ **Corno cutâneo:** placa eritematosa com superfície queratósica, elevada, com uma coluna de queratina que se projeta a partir do centro da lesão por uns 3cm, bem delimitada, localizada na junção metacarpo-falangiana de 2º dedo de Mão direita.
Conduta: exereses = pode ser CEC, QA hipertrófica, ceratoacantoma, queratose seborreica, verruga viral.
Se fizermos Bx incisional de queratoacantoma temos que fazer um fuso que pegue toda a extensão da lesão.
Há associação entre QA e melanoma. Então temos que palpar a cadeia ganglionar locoregional para pesquisar metástase.
Se tiver muitos queratoacantomas + tumores sebáceos = pensar em Síndrome de Muir Torre.
- ⊗ **Vesícula:** lesão de conteúdo líquido até 1 cm.
- ⊗ **Bolha** ou **flictena:** lesão de conteúdo líquido acima de 1cm.
- ⊗ **Pústula:** lesão intraepidérmica, fundamentalmente epidérmica. Se a coleção de neutrófilos for dérmica, chamamos de abscesso.
- ⊗ **Abscesso:** acomete até a derme. Então os microabscessos de Munro não deveriam ser assim, pq são intraepidérmicos.
- ⊗ **Fissura** ou **ragade.**

FORMAS DE LESÕES

- ⊗ **Arciforme:** segmento de arco.
- ⊗ **Numular:** círculo fechado, pintado.
- ⊗ **Anular:** anel, sem meio.
- ⊗ **Policíclica:** vários arcos se unindo, mas não fecha.
- ⊗ **Serpiginosa:** parece uma serpente.
- ⊗ **Em Iris ou alvo:** anel por fora, centro eritematoso e outro pálido ao redor (tem que ter 3 partes).
SS e NET dão alvos atípicos, EM dá alvos típicos.

DESCREVA A LESAO

- ② 2 grandes áreas de equimose em região de flanco esquerdo e outra em região infra abdominal a direita, se estendendo ate flanco direito.
Sinal de Cullen: periumbilical
Grey Turner: flancos
Isso traduz **hemorragia retroperitoneal**. Descrito para pancreatite hemorrágica, mas não é exclusivo.

- ② Multiplas maculas acromicas bem delimitadas, de contorno irregular, bilaterais, que se estendem desde a ponta dos pés ate a porção proximal de região anterior de pernas. No interior dessas maculas acromicas, há maculas pontuadas de aspecto confluyente com pigmentação normal da pele.
HD: **vítiligo**, piebaldismo, pinta (treponematose), oncocercose (não pensaria muito pq teria áreas de atrofia por ter cocado muito).
Se fizer bx tem que pegar área lesada e pele Sã (1 fragmento). Mas não precisa para fechar diagnostico.
Pesquisar colagenoses - FAN, TSH, T4 livre, glicose, anemia perniciososa (hemograma, B12). Doenças que podem estar associadas ao vitiligo.
Bilateralidade, simetria, acromico, tende a predominar em áreas de trauma, proeminências ósseas, áreas genital, periorifical.
Sempre fazer exame físico geral, arrumar o restante do corpo.
Tratamento: corticoide sistêmico, inibidores de calcineurina nas dobras, fototerapia.
10% dos pacientes com melanoma metastático podem desenvolver vitiligo.
Pinta: VDRL, histopatologia.

- ② Equimose em face medial de braço direito, mal delimitada, com algumas áreas mais intensas. Pode estar presente em distúrbios da circulação, parede vascular, amiloidose sistêmica (nunca esquecer em lesões hemorrágicas).
Pensando em amiloidose sistêmica: pedir eletroforese de proteínas, mandar para hemato.

- ② Maculas eritematoacastanhadas de limites imprecisos, algumas se confluem, algumas são mais alongadas, acometendo face anterior de braço direito, próximo a axila e parte Antero-medial de hemitorax a direita.
HD: parapsoriase, **micose fungoide**, hanseníase dimorfa (geralmente não pega áreas de dobras que são quentes), como hipótese mais remota, falta descamação, poderia ser um pouco menor – sífilis secundaria.
Condulta: histopatológico. Examinar todo corpo, palpar cadeias ganglionares, saber se só há acometimento cutâneo. Exames de imagem se houver necessidade. Avisar o paciente, que dependendo da fase da doença, a bx pode vir inconclusiva.

- Ⓢ Nódulo ou tumor (maior de 3cm), eritematosa, com muitas telangiectasias, com superfície brilhosa, irregular, mal delimitada, na ponta nasal, se estendendo ate parte do dorso nasal. Na asa nasal direita, tem algumas papulas eritematosas, brilhantes.
HD: Sarcoidose, Rinofima, Linfoma (geralmente o T cursa com certo grau de descamação, B ou NK (mais destrutivo)), leishmaniose, granuloma facial, lúpus vulgar.
Conduta: RX de tórax, de mãos, dosagem de ECA, cálcio, cálcio urinário, PPD, biopsia, enviar fragmento para cultura de fungos e bactérias.

- Ⓢ Placas urticadas grandes, sobre as quais há vesículas / bolhas tensas, algumas áreas de erosão, algumas encimadas por crostas melicéricas na dobra axilar a direita.
Bolha tensa = pensamos em buloses subepidérmicas. Buloses = geralmente lesões simétricas. Se fosse algo mais localizado, podemos pensar em zoster – mas geralmente não costuma dar bolhas.
Conduta: pesquisa de ACS circulantes pelo Elisa, histopatologia, IF, salt split skin.
Dx mais provável: penfigoide bolhoso = pela faixa etária, bolhas tensas, áreas de flexuras, surgem sobre base urticada e eritematosa.
Impetigo – não tem bolha tensa, tem mais erosão.
EBA – mecanobulose, área de trauma, dx diferencial com PCT.
Verificar se há nikolski. Se for lesão herpética, solicitar Tzanck.
Lúpus bolhoso seria em mais jovens, não vemos lesões específicas de lúpus.
Dermatite Herpetiforme: geralmente começa em adulto jovem.
Pênfigo vulgar: geralmente vão mostrar lesão mucosa associada.
Penfigo paraneoplásico e PMM: tem mais lesão mucosa e menos lesão cutânea. Aqui tem muita lesão cutânea.

- Ⓢ **Esclerose** = área de pele endurecida que dificulta o pincamento da pele. Área de esclerose em pele de ombro que se estende pela face anterior de braço direito ate região de fossa antecubital, com trajeto linear, algumas áreas mais acastanhadas, outra mais branco-aporcelanadas. Lilac ring é presente na morfeia em placas, não tem na morfeia linear.
Esclerose linear = mais comum em crianças.
HD: morfeia, líquen escleroso e atrofico.
Conduta: biopsia profunda, investigar queixas digestivas e pulmonares, intestinais, Raynaud, telangiectasias, capilaroscopia cuticular, pesquisa de ACS = FAN, anti-Scl70, anti-centromero (a presença deles sugere doença sistêmica e sabemos se há maior ou menor gravidade). Morfeia linear geralmente não tem esclerose sistêmica, mas é bom pedir. Morfeia linear tem mais ACS positivos do que a morfeia no adulto. Pode estar associado a Borrelia – sorologia para borrelia pode ser pedida.
Atrofodermia de Pasini e Pierini = lesão que tende a ser hiperpigmentada, bem delimitada, geralmente no tronco, não há esclerose da pele.

Tratamento: PUVA, UVB pega só epiderme, então ele faria PUVA localizado, massagem e fisioterapia, massagem de corticoide, calcipotriol, pimecrolimus. Lembrar da fisioterapia pq a lesão linear compromete mobilidade de membros.

- ☉ **Lesão em corimbo:** tem uma lesão central e varias outras ao redor. Meio castiçal. Varias lesões ao redor de uma central e independentes, não tem relação entre si. Lesão relacionada a sífilis.

- ☉ Papulas e placas eritemato-violáceas, algumas agrupadas, algumas espalhadas, distribuídas pelo corpo, algumas são mais ceratóticas com aspecto psoriasiforme, algumas exulcerações. Umidificando podemos ver as estrias de Wickham.

HD: **líquen plano**, psoríase gutata, sífilis secundária.

Líquenificação: exacerbação das linhas da pele.

Conduta: procurar lesões ungueais – psoríase e líquen plano tem lesões diferentes.

Psoríase: mancha de óleo, mancha salmão, lesão de couro cabeludo.

Líquen plano: pterígio ungueal, frequente dar lesão mucosa.

Conduta: biópsia da lesão, VDRL para excluir sífilis secundária (procurar lesões palmoplantares).

Enxerto x hospedeiro: pode dar lesão líquen plano símile, mas tem que ter história compatível.

Frequentemente se associa a queixas digestivas.

Tratamento: PUVA com fototerapia, corticoide sistêmico, imunossupressores (azatioprina, MTX).

Descamação do líquen plano é diferente da psoríase. Colocando óleo, vemos as estrias de Wickham. Local típico de líquen plano é punho.

- ☉ Papulas eritematosas, com um pouco de descamação central, crônico, recidivante, com algumas maculas hipocrômicas residuais, localizadas no abdômen simétrica e bilateralmente,

HD: **pitiríase liquenoide crônica**, sífilis secundária,

PLEVA e papulose linfomatoide deixam cicatriz, tuberculide papulonecrotica tbm seria mais necrótica.

Papulose linfomatoide = pode ser benigna e geralmente não esta associada a linfoma. Existe, mas é raro – vamos fazer exame físico, palpar gânglios.

- ☉ Eritema difuso, grandes áreas de exulceração com destacamento de pele, olhando parece que será Nikolsky positivo, com intenso acometimento mucoso – oral, nasal, conjuntiva.

NET: mais de 30% da superfície corpórea, pele escaldada no adulto (não tem acometimento mucoso).

SS: menos de 10% da superfície corpórea.

Pênfigo vulgar: vreas bolhas que confluem com aspecto em bife sangrante.

Conduta: pesquisar medicamentos, micoplasma pode dar SS principalmente em crianças.

Tratamento: embora não seja comprovada – Imunoglobulina intravenosa. Corticoide é controverso. Principal causa de morte é sepse – então não é bom fazer imunossupressão. Na fase de atividade, ainda esta fazendo bolha – tem gente que defende fazer corticoterapia.

Curativos. Nunca fazer atb profilático, apenas se infecções em atividade.

- Ⓢ Lesão ulcerada, úlcera única, onde parte dela já cicatrizou medialmente. De contorno irregular, crescimento mais para um lado do que para outro, serpiginoso, borda elevada uniformemente, úlcera com cicatrização cribriforme (áreas de pele cicatrizada e úlcera alternadamente).
HD: **pioderma gangrenoso** – dx de exclusão. Só sei que não é infeccioso e neoplásico, após descartar. Tenho que mandar fragmento para cultura, micobactéria. As biopsias devem ser feitas na borda da úlcera = bom para ver tumor. O centro só é bom quando não tem necrose. Tenho que investigar doença inflamatória intestinal, colagenoses, neoplasias sobretudo hematológicas. HIV está muito associado a pioderma.
Perguntar se há história de patergia – verificar no local que colheu sangue se surgiu uma pústula.
Fagedênica: úlcera de contornos mal definidos, que crescem irregularmente.
Úlcera no punho: fazer bx na parte mais proximal para caso haja patergia, não ir para a Mão.
Tbm podemos infiltrar corticoide para ver se há melhora, mas cuidado, pq na própria infiltração, podemos induzir patergia.
Tratamento: corticoide, ciclosporina, dapsona.
O diagnóstico é de exclusão.
Dx diferencial de PLECTs, só confirmo excluindo as outras causas de úlcera.
Granulomatose de Wegener: faz lesão pioderma like. Verificar se há queixa respiratória, lesão renal, pedir ANCA.
- Ⓢ Episódios recorrentes de lesões supurativas, com eliminação de pus, inflamação, edema, toma atb e melhora, depois volta a inflamar e piora.
Áreas de alopecia de tamanhos e formas variadas, nítida alteração da superfície do couro cabeludo, algumas reentrâncias, alopecia que parece ser cicatricial, lesões aparentemente afastadas e com vários pontos de supuração, algumas nodulações. Áreas de trajeto que aparentam ser fistuloso.
HD: **foliculite dissecante**.
Foliculite decalvante começa com uma área de alopecia e vai aumentando centrifugamente.
Conduta: colher material e analisar e pesquisar de bactérias e fungos. Verificar se o paciente tem hidrosadenite, acne conglobata, cisto pilonidal (tétrade de oclusão folicular).
Tratamento: limpeza, corticoide intralesional, infiltração, antibioticoterapia nas crises. Isotretinoína sistêmica pode trazer benefícios.
- Ⓢ Papula ulcerada no dorso da língua.
HD: **cancro sífilítico**, CEC, paracoco, sífilis terciária, linfoma.
Conduta: biópsia da borda da úlcera, VDRL, FTaAbs que pode não estar positivo ainda, então podemos esperar 4 semanas e repetir os exames.
Tratamento: penicilina cristalina.

- ☉ Área de ceratose folicular, circunscrita, arredondada, acometendo parte central da sobrancelhas se estendendo para frente, com perda de pelos da sobrancelha nessa área.
HD: mucinose folicular, podendo ser **micose fungoide foliculotrópica**. Líquen espinuloso (geralmente não causa alopecia), hanseníase (não se manifesta com área de queratose folicular), uleritema ofriogenes (geralmente não é área circunscrita).
Conduta: biopsia
Tratamento: UVB não é bom pq é muito superficial. Corticoide tópico tem pouco resultado pq pega epiderme e um topo da derme papilar, se for foto, tem que ser PUVA. Casos muito extensos precisa de parceria com hemato. Estadiamento: como se fosse III da micose fungoide.
- ☉ **Síndrome da esclerose tuberosa**: angiofibromas, placa frontal fibrosa (Shagreen, mas na face), tumor de Koenen (fibromas periungueais), maculas hipocromicas tipo folha do Canadá.
Conduta: encaminhar ao pediatra pq pode ter tumores renais, pulmonares, cardíacos, problemas neurológicos, convulsões.
- ☉ **Mamilo acessório**: geralmente é achado isolado, não esta associado a nenhuma outra mal formação. Pode estar associado a parênquima mamário (polimastia). Pode tornar-se dolorosa proximo ao periodo menstrual, pode aumentar de volume durante a gestacao. Dermatoscopicamente tem rede, mas não é lesão melanocítica.
- ☉ Descamação em toda face com base eritematosa, predominando em área perioral, pescoço, axila, fossa antecubital, cca em bom estado geral.
HD: **síndrome da pele escaldada stafilocócica**. Se fosse quadro crônico – podemos levar acrodermatite enteropática. NET tem acometimento mucoso intenso.
Conduta: tratar o foco infeccioso com atb que cubra o stafilo aureus. Paciente geralmente não tem quadro grave, então não é obrigatório parenteral, mas pela idade, fazemos para garantir que a criança ira tratar. Atb bacteriostáticos (clindamicina)- inibem a atividade da bactéria, e inibem a produção da toxina. Se for bactericida (cefalexina, oxacilina), mata a bactéria e ela vai liberar a toxina já produzida.
- ☉ Varias vesículas e ate bolhas nas mãos.
HD: **desidrose** (ponfolix), dermatofitide, reacao medicamentosa (piroxican), tinha das maos.
Conduta: desidrose pode ser por dermatite de contato, as vezes precisa de teste de contato para ver se há alergia a niquel (ate mesmo ingestão, água contaminada). Avaliação completa do tegumento para ver se há focos de dermatofitos, inclusive da própria palma das mãos.
- ☉ Áreas deprimidas na córnea plantar.
HD: **queratolise plantar sulcada**, queratodermia palmo-plantar tipo Buscke-Fisher.
Tem relação com hiperproliferaçao bacteriana, pode ser usado antisepticos locais, frequentemente se associa a hiperidrose. Podemos tratar a hiperidrose, tratando a umidade, diminuimos a proliferação bacteriana.

- Ⓢ Hemiatrofia facial a esquerda com lesão atrofica cutânea sobre a área de atrofia.
HD: hemiatrofia facial tipo Parry Romberg, **lúpus profundo** (discoide em cima e paniculite embaixo), preenchimento mal sucedido com atrofia.
Anetodermia da uma atrofia das fibras elásticas e pode haver abaulamento da pele.
Conduta: Lupus cutâneo é um dos critérios para lúpus sistêmico – pedir autoacs, FAN, biopsia.

- Ⓢ Lesão bolhosa com destacamento de pele, exulceracao na nadega, acometimento de mucosa, maculas eritemato-violaceas, algumas esboçando alvo, confluindo em região de tórax anterior e posterior, mãos e pés.
HD: **Steven Johson, Eritema multiforme major.**
Conduta: corticoide, suspender medicamentos, Ig venosa.

- Ⓢ Placa eritematosa algumas arciformes, algumas anulares, com centro hipercromico na face de paciente melanodermico.
HD: **sifilide elegante.**
Sifilis secundaria geralmente poupa face, mas a sifilide elegante pega face.
Tratamento: penicilina

- Ⓢ Placas eritematosas, com aspecto condilomatoso, em região perianal, interglutea, com superfície brancacenta. Perguntar se é imunocompetente ou não.
HD: **condiloma plano** – sífilis secundaria. Herpes vegetante pode ser em paciente imunodeprimido. Se for única, lembrar de Buscke-Lowestein, mas como são placas separadas, é difícil de ser. Donovanose, linfoma.
Conduta: fazer campo escuro.

- Ⓢ **Esclerose sistêmica = pode dar aspecto vitiligoide tipo sal e pimenta.** Parte da pele é dura, mas parte não é esclerosada clinicamente. Palpando é so aspecto vitiligoide.
- Ⓢ Fazer bx ver se tem esclerose. Se tiver, pode ser discromia da própria esclerose, ou o paciente tbm pode ter vitiligo.
- Ⓢ Extensas áreas com acromia, entremeadas por pequenas maculas diminutas de pele normal.

- Ⓢ Sulcos e giros na topografia do couro cabeludo, conferindo o aspecto cerebriforme.
HD: cútis vértice girata.
Bx não acrescenta muita coisa. Se o paciente tivesse nevo melanocitico na cabeça, poderia dar esse aspecto.
Osteoartropatia hipertrófica ou paquidermoperiostose é uma causa de cútis vértice girata, acromegalia, hipotireoidismo, alguns casos de DM já foram descritos. Qualquer transtorno endocrinológico pode estar associado. Amiloidose sistêmica tbm já tem descrito.
Conduta: tratar a doença de base.

- Ⓜ Área de alopecia que vai desde a parte frontal até quase a região occipital na cabeça de uma criança a direita. A borda frontal é preservada, há pelos aparentemente de diferentes comprimentos no centro da alopecia.
HD: tricotilomania, alopecia areata, tinea capitis.
Conduta: fazer dermatoscopia, micológico direto, biopsia.
- Ⓜ Pústula próximo a narina direita, áreas de erosão com crostas melicéricas em região perioral, criança com excelente estado geral.
Conduta: antibiótico sistêmico + descolonização.
- Ⓜ Lesão hipercromica, contornos irregulares, unilateral, bem delimitada, região de tórax anterior a direita, com hipertricose sobre a macula. Nasceu sem nada, a hipertricose e hipertricose surgiram na adolescência após voltar da praia.
HD: **nevo piloso de Becker**.
Conduta: orientação.
- Ⓜ Grandes áreas de erosão, reepiteliza com facilidade, crostas, não acomete anexos, perguntar se pega mucosa.
HD: Penfigo Foliáceo.
Conduta: biopsia, IF, ACS circulantes. Corticoide. Fazer RX de tórax e PPD para ter certeza que não tem passado de tuberculose, sorologia para hepatites virais, HIV, pq vou imunossuprimir, então preciso saber como está o paciente. Saber se ele está diabético ou não. Beta HCG em mulheres em idade jovem – isso nos auxilia a escolher imunossupressor. Encaminhar ao reumato para avaliar a possibilidade de suplementar cálcio, alendronato. Ao oftalmo pq pode complicar com catarata, corticoterapia a longo prazo. Fazer profilaxia para strongiloides.
- Ⓜ Maculas hipocromicas de contorno irregular, limites ora bem definidos e ora pouco definidos. Dentro das áreas hipocromicas, vejo áreas hipercromicas ou normocromicas. Se estendem em face lateral de coxas, glúteo, face posterior de coxa. Aspecto foveolar, queijo suíço.
HD: hanseníase dimorfa dimorfa, micose fungoide.
Indeterminada – não sei o perfil de resistência do doente. Se tem o perfil todo tomado não tem boa imunidade, ocupa grande extensão do tegumento. Não é tuberculóide pq tem muitas lesões e mal delimitadas. Não é virchowiano pq não tem infiltração.
Conduta: teste de sensibilidade (térmica é a primeira a ser alterada), sensibilidade corneana com fio dental, avaliação funcional de palmas e plantas, palpar nervos, ver se tem queixas reacionais (teve ou não febre, neurite, orquite), verificar parestesias, dormências, baciloscopia (2 lesões, sempre pegar as mais exuberantes ou borda da lesão que encontra mais bacilos, lobo de orelha, cotovelo – quanto mais fizer, melhor, não há limites, mas no mínimo 4 pontos) biopsia. Notificação!!!! Busca ativa de contactantes – mesmo que não tem, prescrever BCG conforme orientação.

- Ⓜ Eritrodermia com áreas de pele sã. Hiperkeratose folicular sobre dorso das falanges proximais. Parakeratose em ombro na saída do ostio, ceratodermia palmoplantar alaranjada, não é comum acometimento ungueal, nem articular. No quadro clássico que é o mais comum, costuma ser crânio-caudal.
HD: **pitiríase rubra pilar**.
Dx diferencial com psoríase, eritrodermias (eczemas, psoríase, fármacos, linfomas).
- Ⓜ Víbices múltiplas sobre a superfície abdominal (púrpuras lineares). **Strongiloidíase disseminada**.
Paciente em uso de corticoide sistêmico que não fez profilaxia para strongiloides.
- Ⓜ Lesões com a mesma morfologia, tamanho, coloração, grau de descamação. Maculas eritematosas disseminadas em todo o corpo, com descamação periférica. Acomete mãos e pés.
HD: **sífilis secundária**.
- Ⓜ Pequenas maculas eritematosas, rash maculoso, não é descamativo, bilateral, simétrico, monomórfico – tbm tem que lembrar de **sífilis secundária**, tem associado a linfonodomegalia. Idoso que faz mais fármaco.
- Ⓜ Placa eritematosa, bem delimitada, de contornos mal definidos, eritemato-descamativa, na face pré auricular esquerda, com perda de cabelos da barba.
HD: **lúpus discoide**, Bowen (porem não tem queratose actínica, fotodano), dermatofitose, para ser lúpus vulgar (teria que ser mais infiltrado).
- Ⓜ **Dermatite artefata** – lesões raras, exulcerações meio lineares. Fazer curativo onde o paciente não pode mexer. Fazer bota de Unna.
- Ⓜ Exulcerações, soluções de continuidade, formação de milias – mãos, cotovelos – mecanobolhosas. Pela idade – mais típico **epidermólise bolhosa hereditária**. Áreas de traumas afetadas, acaba ficando cicatricial pq há lesão em cima de lesão.
Conduta: estudo genético, aconselhamento genético da família, proteção, curativos.
- Ⓜ Papulas eritemato queratósicas coalescentes, formando placas, descamativas em áreas seboreicas de tronco anterior e posterior.
HD: **Doença de Darier**. Instalação lenta, insidiosa, ao longo do tempo. Avaliação da região palmar – pitting palmar, leuconíquia e eritroníquia longitudinais, onicolise distal em V na borda ungueal distal, acometimento predominantemente de áreas seboreicas e flexurais. Pode confundir com Hailey Hailey que dá em dobras e piora com calor e sol.
- Ⓜ Lesões eritematosas, algumas purpúricas, vinhosas, papulosas, com o tempo fica fibrose.
HD: **Eritema elevatum diutinum**, granuloma anular (adora lesões papulonodulares nessa região, principalmente as perfurantes). Se fosse um pouco mais amareladas – pensar em xantomas. Reticulohistiocitose multicêntrica. Papulas de gotron se tivesse nas proeminências ósseas.

Conduta: bx, já foi associado a HIV, streptococcias.

- ④ **Micobacterium marinum** – pegou em aquário de peixe.
Leishmaniose tegumentar americana –
Se espetou em espinho – esporotricose.
Lesão ulcerada na ponta do indicador a direita, com mais duas lesões no trajeto do dedo em região de falange media e falange proximal.

- ④ Erosões no palato, vesículas, bolhas na mucosa do palato mole, tonsilas, úvula. Lábios preservados. Gengiva preservada. É uma criança. Pode dar em adulto tbm.
HD: **Herpangina**.
Doença viral e acomete a metade posterior da boca. A primoinfecção herpética é mais comum em cca, mas é gengivostomatite. Ta só na boca, tem lesões nas mãos e pés??? Podemos falar Mao, Pe, boca. Quadro super agudo.

- ④ **Switch** – pode ser paraneoplásico (não tem febre, tem lesão mucosa oral, tem alteração de citopenia, leucocitose).
Lesão de mucosa gengival é comum, pode ter relação com gravidez, DII, fármacos, HIV.
Placa papulosa com pseudovesiculação no tronco anterior, posterior, coxas.
Lesão switch like: faz dx diferencial com reação tipo II da hanseníase (eritema multiforme like ou switch like).
Switch não da linfonomegalia generalizada e reação tipo II de hanseníase tem linfonodo.

- ④ Edema, bolha, erosão, - se fosse unilateral pensaríamos em erisipela. Dói pouco, não da febre. Lembra infecções de partes moles, mas não tem infecção.
Celulite eosinofílica ou síndrome de Wells: figura em chama.

- ④ Tumoracao vegetante em região de vulva.
HD: **herpes crônico em HIV**, Buscke Lowestein, Donovanose, linfoma.
Conduta: algoritmo das DST, bx.

- ④ Lesões urticadas que surgem bolhas tensas encimadas em paciente idoso, erosões, crostas, bolhas tensas. Predomina em áreas flexoras e DH – Duhring Brocq – áreas extensoras. As vezes tem aspecto eczematoso. Poupa anexos – pênfigo vulgar pega anexos.
HD: Penfigoide bolhoso.

- ④ Cca com face eritematosa, rarefação distal da sobrancelha, menino pré púbere. Passando a Mao, pode ter grau de ceratose folicular.
HD: **Uleritema ofriogenes** ou Ceratose rubra pilar atrofiante da face.
Síndrome de Noonan pode estar associado – cardiopatia, criptorquidia, mal formação craniana.

- ☉ **Atofodermia vermiculata** – síndrome de Rombo.
- ☉ Telangiectasias nos olhos e ouvidos. **Síndrome da ataxia telangiectásica** – começa com ataxia, quadro neurológico e depois a telangiectasia. A importância sistêmica é imunossupressão, faz infecções de repetição, maior propensão a câncer.
- ☉ **Nevo comedogenico**. Pode inflamar.
- ☉ Mastocitose na criança – **urticaria pigmentosa** - sinal de Darier para confirmar. Não pode esfregar a gaze para não induzir liberação de mastocito (azul de toluidina vai ver). Vamos anestésiar ao redor da lesão e nunca a lesão.
- ☉ CD117 – marcador imunohistoquímico. Conduta expectante, bom prognóstico, limitada. Evitar medicações como opiáceo, roupas apertadas, para evitar a degranulação de mastócitos. Trata com anti-histamínico. Controle: solicitar periodicamente hemograma pq pode invadir MO.
- ☉ **Pele escaldada** ou impetigo bolhoso – se for mais localizado, pele escaldada pega tudo.
- ☉ **Disbetalipoproteinemia** – gordura estriada na palma da mão.
- ☉ Crostas melicéricas no lábio, bastante edemaciado, vesículas umbilicadas pegando a boca de uma criança. **Gengivoestomatite herpática**. Ou **primoinfecção herpética**.
Mais comum por herpes tipo 1 na criança.
Conduta: aciclovir IV, se tiver infecção secundária vamos tratar com atb, fazer gel de lidocaína anestésico, se tiver cândida bochecho com nistatina. Herpes acomete mais na frente.
- ☉ Placa eritematosa de aspecto verrucoso com pontos hemorrágicos, limites bem definidos, bordos irregulares na fossa antecubital a esquerda.
HD: PLECT. **Tuberculose verrucosa**.
PPD, RX tórax, verificar antecedente de vida rural.
- ☉ Tumores dolorosos:
ENGLAND = espiroadenoma ecríneo, neuroma, tumor glômico/tumor de células granulosas (Abrikosoff), leiomioma/angilipoma, neurilemoma/schwannoma, dermatofibroma/doença de Dercum.
- ☉ **Líquen plano hipertrófico** – perna de criança.
- ☉ **Piebaldismo** – macula acromica em V na face, faixa de poliose, é estável há casos na família. Tratamento por cirurgia.

- ⊗ **Varicela do adulto**: Lesão pustulosa, umbilicada, algumas crostosas, polimorfismo das lesões. Trata sempre com aciclovir. Criança nem sempre. Dose igual do zoster, pq é o mesmo vírus. Oral 800mg 5x ao dia.
- ⊗ **Pitiríase rosea**: placa mãe eritematosa com descamação na periferia. Se fosse a placa mãe sozinha, poderia pensar em tinha, mas há outras lesões seguindo linhas de clivagem. Na criança pode pegar face e ser vesiculosa. Não descaracteriza P. rósea se estivermos falando de criança. Pode ter vesícula e acometer a face de crianças. Lesões tipo arvore de natal, herpes tipo 6 ou 7.
- ⊗ Zoster quando pega nariz e olho – **sinal de Hutchinson**. Fazer avaliação oftalmológica devido a possível acometimento do nervo nasociliar. Nariz e orelha – **síndrome de Hamsey-Hunt**, paralisia facial, compressão da porção motora do nervo facial pelo acometimento da pequena porção sensitiva.
- ⊗ **Mixedema pré-tibial**: hipertireoidismo. Fundamental saber se há hipertireoidismo. Associar a retinopatia de Graves, não é qualquer hipertireoidismo. Alta associação com oftalmopatia de Graves. O mixedema pré tibial e a oftalmopatia de Graves progridem de forma independente da função tireoidiana. Escleromixedema: papulas que coalescem e formam lesões duras, muito na face. Mixedema: hipotireoidismo.
- ⊗ Grandes áreas de necrose intensa, hemorrágica.
- ⊗ HD: vasculite, SAAF (processos vaso-oclusivos), púrpura fulminans (pacientes com meningococemia), **paciente que toma marevan sem heparina junto** – deficiência de proteína C ou proteína S.
- ⊗ Conduta: pesquisar vasculite, distúrbios de coagulação, historia de medicamentos como marevan.
- ⊗ **Crioglobulinemia tipo I**: acomete nariz e orelhas, pega áreas mais frias do corpo.
- ⊗ **BIOPSIAS**
- ⊗ Casos suspeitos de sífilis secundária, é interessante escolher uma papula de região onde não é usual a presença de plasmocitos. Se eu sei que infiltrado plasmocitario ajuda no dx, então vou evitar áreas do corpo que já são ricas em plasmocitos.
- ⊗ **Couro cabeludo, mucosas e MMII** – são áreas que já tem plasmocitos, então vou fugir dessas áreas. Nesses locais, reação plasmocitaria intensa, não pode ser valorizada.
- ⊗ A existência de varias lesões representativas, permite escolher aquelas situadas acima dos joelhos, para afastar possíveis dificuldades diagnosticas ocasionadas por alterações concomitantes de estase venosa.

- Ⓢ Nas dermatoses vesicobolhosas, é importante selecionar uma **lesão com menos de 48h** de evolução, porque, após este prazo, os processos reparativos epidérmicos podem alterar a localização primitiva da bolha. A bolha antes poderia ser subepidérmica, mas se ficar mais de dois dias, começa a reepitelizar e ela pode virar intraepidérmica. É recomendável a **retirada completa da vesícula ou bolha**. Quando a eflorescência for de grande porte e não dá para tirar a bolha toda, vamos fazer **Bx incisional na margem**. A inclusão de pele aparentemente normal possibilita a observação da zona de aderência do teto da bolha e, naturalmente, facilita a interpretação histológica.
HE: bolha ou vesícula inteira, se não der, pego a borda da lesão.
IFD: pele perilesional para fazer a IF, mesmo que ela seja eritematosa e tenha sinais inflamatórios.
Dermatite Herpetiforme: fazer a IF fora do eritema, pq é lesão muito rica em neutrófilos e área inflamada tem muitos neutrófilos, digerem proteínas do meio e inclusive os ACS e pode vir negativo. Fazer na área completamente sã.
- Ⓢ **Banda lupica**: seus objetivos são corroborar a hipótese de lúpus sistêmico. Valorizo a presença de banda lupica em área não lesionada e fotoprotégida. Outro objetivo é valor prognóstico – se tem banda lupica, indica evolução mais grave, é pior do que lúpus sem banda lupica. Ajuda no dx e tem caráter prognóstico.
- Ⓢ **Hanseníase** – a borda (mais infiltrada) é o local de eleição nas bx de lesão suspeita de hanseníase tuberculoide, em casos de hanseníase virchowiana, de modo geral, qualquer área infiltrada oferece um quadro histológico característico. Na hanseníase dimorfa – existe uma clássica afirmativa de que, pelo menos, duas biopsias devem ser retiradas: uma, de lesão bem delimitada, tipo tuberculoide, e a outra, de área infiltrada com limites impreciso, tipo virchowiano.
- Ⓢ A inclusão de pele normal nas amostras, às vezes, é indispensável. Na interpretação de certas afecções, como a atrofodermia de Pasini e Pierini, as anetodermias e o vitiligo, esta conduta é de fundamental importância. Isso é importante pq a alteração é tão pequena, que muitas vezes só é vista quando comparado com pele normal.
- Ⓢ Quando a bx abrange pele normal, é útil traçar uma linha perpendicular 1ª margem da lesão, utilizando tinta de caneta, violeta genciana ou lápis dermatográfico. Esta linha, orientando a secção da peça, evita a inclusão exclusiva de pele normal ou apenas de pele alterada. Fazer uma linha no sentido do fuso para orientar o corte. Hipóteses tumorais, geralmente clivamos na horizontal e doenças inflamatórias, geralmente clivamos na vertical.

- Ⓢ Assim, na **doença de Paget** mamaria, é fundamental uma biopsia profunda, com punch de 4 a 5 mm, sobre o **mamilo**, esta conduta facilita a descoberta de **carcinoma intraductal**. O ideal é pegar o mamilo e não apenas a aréola.
- Ⓢ Em casos suspeitos de **ceratoacantoma**, é de suma importância, fazer uma biopsia elíptica ou com incisões paralelas, **profundas**, estendendo-se ao subcutâneo, passando pelo centro da lesão e incluindo pele normal de ambos os lados. Esta técnica favorece a involução de ceratoacantoma com resultado estético satisfatório, e simplifica a distinção histopatológica, usualmente difícil, entre esse tumor e o carcinoma epidermoide.
- Ⓢ Bx incisional de melanoma: a área da lesão a ser bx deve ser a mais suspeita clinicamente como a zona mais elevada ou a mais pigmentada ou, ainda, orientada pela dermatoscopia. Mais espessa, enegrecida. Bx sempre longitudinal, seguindo o trajeto linfático.
- Ⓢ Uma biopsia ampla, abrangendo a periferia e o centro da lesão, é essencial para a diferenciação histológica entre **tumores fibrosos**, como, por exemplo, **dermatofibroma e dermatofibrossarcoma protuberante**. Podem ser muito parecidos histologicamente, além da imunohistoquímica, posso ver se esta invadindo a derme ou não. Se pega o fundo e todas as bordas laterais – penso mais em dermatofibrossarcoma.
- Ⓢ **Queloides são CD34 e fator XIIIa negativos. Dermatofibroma é XIIIa positivo e CD34 negativo e dermatofibrossarcoma CD34 positivo e XIIIa negativos.**
- Ⓢ **HANSENIASE**: Em todos os casos, a bx deve compreender tecido adiposo, pois a derme inferior e o subcutâneo são sedes frequentes de importantes alterações, muitas vezes características de certas entidades. Os filetes nervosos, por exemplo, são mais espessos e mais visíveis na JDE e ou no interior da hipoderme. Na hanseníase, são fundamentais a análise das alterações neuríticas e a pesquisa de bacilos no interior ou na proximidade de filetes nervosos e do adenômero sudoríparo (saída da glândula sudorípara). Em nossa experiência: bx profundas com punch maior do que 4,5mm, realizadas na periferia da lesão.
Na derme superficial, não vamos ver nada, vamos ver apenas na JDE ou só na hipoderme.
- Ⓢ PANICULITE: não precisa fuso largo! Uma biopsia pode ser estreita e profunda, de 1cm de comprimento por 0,2 a 0,3cm de largura, conseguida com incisões paralelas, é recomendada, pois evita a tensão excessiva e fornece amostras adequadas à análise dos processos inflamatórios. Deve ser profunda, mas pode ser fina. Fica fácil de fazer a sutura na perna da pessoa.
- Ⓢ Método de Whyte e Perry: para facilitar a sutura e melhorar a cicatriz, vamos esticar a pele no sentido perpendicular às linhas de Langer antes de introduzi-lo (ou linhas de força). Essa manobra elíptica a ferida cirúrgica, permitindo o melhor afrontamento de suas bordas.

- ⊗ Para firmar o dx de fasciite eosinofílica, é necessário analisar secções que incluam pele, subcutâneo, fascia e músculo. Uma bx fusiforme adequada pode ser obtida por meio de incisões de 2 a 4 cm de comprimento, paralelas ao músculo subjacente. Se disponível, a parte inferior do bíceps é o melhor local para a biopsia.

MICOLOGIA

- ⊗ Fungo que na cultura vejo mar de arto e blastoconídios → trichosporum.
- ⊗ Fungo demaceo → nigrospora, parece cogumelo preto.
- ⊗ Alternaria → agente de feohifomicose.
- ⊗ Fungos demaceos são acastanhados. Feohifomicose pode ter hifas toluroides nos tecidos.
- ⊗ Cromomicose – tem que ter septos perpendiculares. Se não tiver, não tenho certeza, mas pode ter. se tiver apenas um septo – é feohifomicose. Pode fazer hifa em algum momento. Agente de cromo e feohifo no HE é tudo igual! Não consigo diferenciar pelo HE. No tecido, todas as zigomicoses são iguais.
- ⊗ Criptococose – levedura grande, quase do tamanho das células. Tem halo de mucina.
- ⊗ Bolinhas pretas na coloração de prata-Gomori = sei que é levedura, então é levedura ou fungo dimorfo. Esporotricose da poucos bichos.
- ⊗ Cândida albicans – no meio pobre em fubá, como estrutura de resistência, para sobreviver ao meio hostil, a cândida faz **clamidoconídio**.
- ⊗ Hifas demaceas toruloides – agente de feohifomicose.
- ⊗ Lobomicose: diagnóstico diferencial de PLECT, não é apenas tipo de quelóide, pode ser verrucosa.
- ⊗ **Criptococo e rinosporidium coram com mucicarmin!**
- ⊗ Não é cultivável. Assim como o coccidioides faz esférula no tecido.
- ⊗ Criptococo pode pigmentar o meio, cheio de melanina = meio Seed Agar ou meio Niger.
- ⊗ Paracoco – imagem de pipoca.
- ⊗ **Perfuração do pelo – mentha perfura e rubrum não.**
- ⊗ **Prova da ureia – mentha quebra a ureia e rubrum não. Quando quebra a ureia e fica roxo – mentha (meio de Christensen).**
- ⊗ Bichos intracelulares = histoplasma ou leishmaniose. Se corar com prata é histoplasma.
- ⊗ Macroscopia não é suficiente, mas dá uma boa dica do diagnóstico.
- ⊗ Marfin no meio com enegrecido ao redor – lembra esporotrix (macro corinthiana – preto e branca).
- ⊗ **Conidiobolus coronatum** = parede contralateral a cultura tem aspecto de vidro fosco, vidro suado, na superfície observa-se rugosidades paralelas entre si (ondas do mar).
- ⊗ Macro dos trichosporum parece muito com a do paracoco.
- ⊗ 25º C filemamentosa em forma de pipoca e quando passa a 37º C fica na forma de levedura igual o trichosporum.

- ⊗ **Critpococose**: meio de semente Níger (seed-agar): colônia leveduriforme de cor castanho escura (ação da fenol oxidase, que transforma compostos fenólicos do meio de cultura em melanina).
- ⊗ Fungos demaceos – pode ser cromo, feohifo, os mais típicos, que da pra saber quais são pela macro:
 - Piedraia hortae = elevado no centro, barriga de grávida.
 - Hortaea wernecki = brilho metálico.
- ⊗ FUNGOS FILAMENTOSOS NÃO DERMATOFITOS
- ⊗ **Scitalidium** = fungos filamentosos não dermatofitos – podem simular tinea. Clinica de dermatofitose. Ao exame direto há hifas hialinas septadas, ramificadas = igual dermatofito. Parece dermatofitose na clinica e no exame direto, mas na cultura vemos que não é dermatofito.
- ⊗ Aspecto de pelo de rato e o reverso com aspecto concêntrico em alvo → Scedosporium apiospermum
- ⊗ Pedra não lesa fio = haste saudável com massa aderida.
- ⊗ ECTOTRIX = microsporum – exceto trichophyton menta menta e verrucosum
- ⊗ ENDOTRIX = trichophyton
 - Schoenleinii = ar dentro do pelo
- ⊗ Floresce a luz de Wood = microsporum
- ⊗ Schoenleinii – trocofitica e fluoresce = é exceção
- ⊗ Tinea capitis – mais jovens, infrequente em adulto. Exceto schoenleinii que pega todos, não tem predileção por faixa etária. Geralmente não é cicatricial, exceto a favosa (schoenleinii). Geralmente faz cicatricial quando faz kerion celsi e a favosa faz cicatricial mesmo sem fazer querion.
- ⊗ **Scopulariopsis** – pincel com bolinhas de parede espessa = agente de hialohifomicose.
- ⊗ **Aspergillus Níger** = único que posso deduzir da família aspergillus. Qualquer outra cultura sei que é membro da família aspergillae. Fungo hialino.
- ⊗ **Cripto: não pesquisamos ACS, mas pesquisamos o fungo diretamente = látex.**

⊗

⊗