

REVISÃO

- ⊗ Na sífilis terciária há diminuição intensa do número de treponemas e há diminuição da imunidade humoral e aumento paradoxal da imunidade celular e por isso a lesão se torna necrótica e a goma só ocorre quando há diminuição da imunidade humoral contra o treponema e aumento da imunidade celular com surgimento do nódulo que fistuliza e faz necrose. Há aumento da imunidade celular e queda da imunidade humoral. Goma só ocorre na sífilis terciária (sorologias mais baixas – a sorologia mais alta é no secundarismo).
- ⊗ Placa eritemato descamativo com centro atrofico e borda um pouco serpiginosa. Tbm com alopecia, lesões nas orelhas – LUPUS DISCOIDE.
- ⊗ Lesões verrucosas em placa, infiltrada na face – LUPUS VERRUCOSO. Dx diferencial com CEC.
- ⊗ Alopecia cicatricial e lesões atroficas na face – LUPUS DISCOIDE OU CUTANEO CRONICO. Hiperchromia residual periférica.
- ⊗ **LUPUS ERITEMATOSO CUTANEO CRONICO**
- ⊗ Lesões discoides – eritema, infiltração, escamas aderidas, espículas córneas que penetram no folículo pilosebáceo, evoluem com área atrofica cicatricial e telangiectasias.
- ⊗ Localização mais frequente – áreas fotoexpostas, pavilhão auricular, face, região malar bilateral, asa de borboleta, couro cabeludo, semi-mucosas labiais e tarsais.
- ⊗ 5 a 20% evoluem para forma sistêmica.
- ⊗ Eritema malar em asa de borboleta, telangiectasias periungueais (já significa pior prognóstico e sinais de vasculites em outros locais), placas eritematosas infiltradas nas mãos.
- ⊗ **LUPUS ERITEMATOSO CUTANEO AGUDO** = faz parte do LES. Todo lúpus cutâneo agudo é sistêmico. Representa sempre a doença sistêmica, que pode não estar instalada, mas invariavelmente evolui para a sistematização.
- ⊗ Desencadeadas por exposição solar, mas também ingestão de drogas como procainamida, hidralazida ou isoniazida. Eritema vivo, pouco infiltrativo em áreas de fotoexposição, região malar bilateral – asa de borboleta. Acomete rins.
- ⊗ Placas eritematosas com bordos mais eritematosos, anulares, policíclicas. Pode ser tbm vitiligoide, tem relação com fotosensibilidade. Gosta de dorso alto, tronco anterior, face, membros. Pode ser dx diferencial com granuloma anular disseminado, eritemas figurados (eritema anular centrifugo, eritema giratum repens, tinea). Pode ser psoriasiforme.
- ⊗ **LUPUS CUTANEO SUBAGUDO**
- ⊗ Não causa lesão renal. A principal característica é a fotossensibilidade.
- ⊗ Características das lesões – placas infiltradas com ausência de atrofia, evoluem sem cicatriz, apresentam-se em duas formas – papulo escamoso ou psoriasiforme, anulares policíclicas.
- ⊗ 50% evoluem para forma sistêmica.
- ⊗ Anti Ro e anti LA passam a barreira placentária e causam bloqueio átrio ventricular e LUPUS NEONATAL. O mais relacionado é o **anti RO**.

Ⓢ CRITERIOS DE LES (4 de 11):

- Eritema malar persistente infiltrada ou não
- Lesão discoide típica (atrofica, placa eritemato-descamativa com plug córneo, gоста mais de pavilhão auricular, couro cabeludo).
- Fotossensibilidade (principalmente no subagudo e agudo).
- Ulceras ou exulceracoes da mucosa oral ou nasofaringeana.
- Artrite não erosiva envolvendo duas ou mais articulações (diferencia da artrite reumatoide que é erosiva).
- Serosite – pleurite, pericardite ou derrame pleural, pericárdico.
- Proteinuria persistente ou cilindruria – enviar para nefro. (subagudo – a primeira coisa que acontece para virar sistêmico é o subagudo).
- Leucopenia ou anemia hemolítica ou linfopenia ou plaquetopenia em duas ou mais ocasiões sem causas aparentes.
- Convulsões ou psicoses na ausência de outras doenças.
- Presença de auto-acs anti DNA ativo ou anti-SM ou presença de ACS antifosfolipides por mais de 6 meses.
- Presença de ACS antinucleares FAN em qualquer época na ausência de drogas FAN indutoras.

Ⓢ Anti-histona positivo – lúpus induzido por medicamentos.

Ⓢ Lesoes na face – pensar nos 5 L – lúpus, linfocitoma cútis (lesoes infiltradas), erupção polimorfa a luz (há prurido), infiltrado linfocitário de Jessner (deposito de mucina), linfoma.

Ⓢ DIAGNOSTICO DE LE DROGA-INDUZIDO

Ⓢ Relacionar as drogas de uso continuo pelo paciente, por mais de 30 dias, é dependente de longo tempo de administração. Sitomas – eritema súbito e persistente, acompanhados de artrite-artralgia, febre, perda de peso e mialgias. Anticorpos antihistona positivos (nas fármacos não é positivo), leucopenia, trombocitopenia e anemia podem estar presentes. Desaparecimento das lesoes e sintomas, após, pelo menos 2 semanas da suspensão da droga.

Ⓢ **ERITEMA PIGMENTAR FIXO**

Ⓢ Pode ulcerar, ser bolhoso. Lesoes acastanhadas, maculas eritematosa, eritemato-edematosa ou eritemato-purpurica arredondada ou ovalada, podendo haver bolha central.

Ⓢ Localização em qualquer local da pele, incluindo mucosa oral e genital (podendo ser ulcerada na boca e glande).

Ⓢ A pigmentacao residual desaparece em semanas, porem pode ser permanente após sucessivas exposições a droga desencadeante. O diagnostico é clinico. A cura da mancha é de difícil tratamento.

Ⓢ Lesão acastanhada de aspecto bizarro, não é típica, parece que algo caiu ali. Padrão de reação fototoxica.

Ⓢ **FITOFOTODERMATITE – REACAO FOTOTOXICA**

- ☉ Não precisa ter sensibilização. Essa é a diferença da fotoalergia para fotossensibilidade. Necessita de exposição à luz na área de contato com o agente, limita-se a área de contato e pode surgir ao primeiro contato.
- ☉ Agente principal – furocumarínicos.
- ☉ Exemplos – limão, lima, figo, caju.

☉ **PIODERMA GANGRENOSO**

- ☉ Síndrome PAPA – artrite piogénica, pioderma gangrenoso e acne. Integrante das dermatoses auto-inflamatórias. Estas desordens são imunes, mas não auto-imunes (não há altos títulos ou presença de auto-acs 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.
- ☉ PAHA – artrite piogénica, hidradenite e acne.

☉ **SESSAO ICONOGRAFICA - PROVA**

- 1) Acantose nigricante maligna – sd paraneoplásica (certo). Trip palms, depósito de amiloide nos dedos. É uma acantose nigricans no dedo. Temos quadros de amiloidose sistêmica que começa com micropápulas e geralmente é bem hiperqueratósico.
- 2) Mamiló acessório (certo)
- 3) Rosácea papulosa, dermatite perioral, acne (acn e fulminans). Também pode ser um eczema herpeticum sobre DA, DS.
- 4) Kerium celsi (foliculite queloidiana da nuca)
- 5) Fibroqueratoma digital adquirido (certo) – Tb pode parecer verruga viral.
- 6) Mílio colóide, lipóidoproteinose (Doença de Darier acral). Granuloma anular seria mais eritematoso.
- 7) Acrodermatite enteropática (certo). Deficiência de zinco. Diarreia, alopecia. Diagnóstico diferencial com dermatite seborreica grave, Letterer-Siwe, Síndrome da pele escaldada (seria mais superficial, menos eritematoso).
- 8) Melanoma lentiginoso acral (certo).
- 9) Herpes zoster, varicela, erupção variceliforme de kaposi (picada de inseto - prurigo).
- 10) Pápulas infiltradas no couro cabeludo – LED, Kerium, pilomatricoma (hiperplasia angiolinfóide com eosinófilos).
- 11) Peutz-jeghers (doença de Addison – paciente está ficando hipercromica, palmas escurecidas, hipercromia na mucosa, cicatrizes escurecidas).
- 12) Papilomatose reticulada e confluyente de Gourgerot e Carreaud (certo). É uma disqueratose.
- 13) Herpes simples recidivante (certo).
- 14) Dermatite de contato hipercromizante (certo)
- 15) Onicomicose subungueal distal (certo) – dx diferencial – psoríase, líquen plano.
- 16) Eritema elevatum diutinum (certo)

- 17) Esclerodermia, granuloma anular, anetodermia, (certo – morfea em fase inicial)
- 18) Hemangioma capilar (certo)
- 19) 5 L da face – Infiltrado linfocitário de Jesser, lúpus tumidus, linfoma, linfocitoma cútis, erupção polimorfa a luz, sarcoidose. (certo – infiltração linfocitária de Jessner)
- 20) Xantogranuloma necrobiótico (hidrocistomas)
- 21) Eritroplasia de Queyrat, Reiter, CEC (eritema fixo por droga – sempre pensar quando é lesão peniana)
- 22) Penfigoide das membranas mucosas (certo – penfigoide cicatricial)
- 23) Psoríase, eritema elevatum diutinum, lúpus (certo – LECD verrucoso)
- 24) Esporotricose, leishmaniose (certo – leishmaniose)
- 25) Papulas perláceas (milia congênita – papulas amareladas agrupadas ligando a bolsa escrotal ao anus.
- 26) Sweet, lúpus tímido, infiltração linfocitário de Jessner, linfoma, linfocitoma cutis (certo – sweet). Há pseudovesiculacao, papulas confluentes.
- 27) Psoríase (certo)
- 28) CEC, paget extramamario (donovanose)
- 29) Doença Mao pe boca, acropustulose infantil, escabiose (certo – acropustulose infantil)
- 30) Cancro mole (líquen plano erosivo). Líquen plano erosivo é mais comum na mucosa jugal e no penis é mais comum o anular.
- 31) Cilindroma – tumor em turbante – células sudoríparas apócrinas (molusco contagioso)
- 32) Líquen simples crônico, neurodermite (certo)
- 33) Lobomicose, sweet. sarcoidose (prurigo nodular de Hyde – não parece, Foi sacangem)
- 34) Orf – nódulo do ordenhador (síndrome de Sweet)
- 35) Macrocomedoes de Favre-Racochaud (esteatocistoma múltiplo)
- 36) Lago venoso – hamangioma (certo)
- 37) Herpes zoster (certo)
- 38) Larva migrans cutânea, lúpus neonatal, psoríase, acrodermatite enteropática (certo – deficiência de zinco)
- 39) Xeroderma pigmentoso, CBC (certo – xeroderma)
- 40) Xantelasma (certo)
- 41) Púrpura palpável, vasculite leucocitoclástica, (LECSA)
- 42) Polpite atópica (psoríase acropustulosa)
- 43) Lupia (esteatocistoma múltiplo)
- 44) Necrobiose lipídica, Bowen, CEC (estrias de wikham)
- 45) Penfigoide bolhoso, (picada de pulga). Penfigoide tem borda mais eritematosa do que picada de pulga.
- 46) Verrugas planas, (sífilis secundária)
- 47) Granuloma de corpo estranho, Paget extramamario (nódulo da Irma Maria Jose – Ca gástrico avançado)
- 48) Foliculite queloidiana da nuca (sífilis secundária)