

# Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria

## DERMATOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

**Luciana Trindade**



**CRM-PB**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA

# Dermatologia na Atenção Básica

---

- ◉ **DATA: 21/09/2012 (MÓDULO I) E 05/10/12 (MÓDULO II)**
- ◉ **PALESTRANTES: LUCIANA TRINDADE (MÓDULO I) E RENATA MOTTA (MÓDULO II)**
- ◉ **PÚBLICO-ALVO: MÉDICOS DO PROGRAMA SAÚDE NA FAMÍLIA**

# Dermatologia na Atenção Básica

---

## MÓDULO I (4h)

- 13:30 – 14:00 Apresentação do Curso  
Introdução ao estudo das dermatoses
- 14:00 – 15:00 Diagnóstico e terapêutica  
Piodermites – erisipela, furúnculo,  
impetigo, ectima, celulite
- 15:00 – 15:15 Intervalo
- 15:15 – 16:00 Hanseníase
- 16:00 – 17:00 Diagnóstico e terapêutica  
Eczemas e dermatites– atópica, contato,  
dermatite de fralda  
Miliária rubra
- 17:00 - 17:30 Revisão e dúvidas

# Dermatologia na Atenção Básica

---

## MÓDULO II (4h)

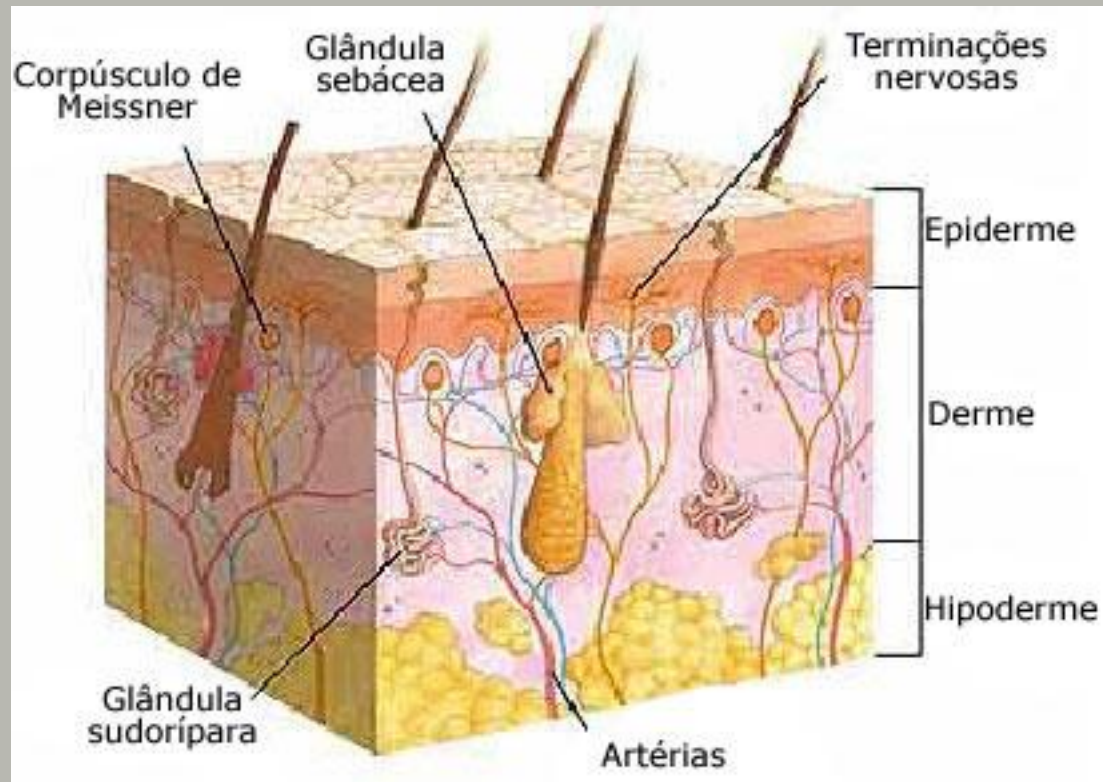
- 13:30 – 14:30 Diagnóstico e terapêutica  
Micoses superficiais – tinhas, pitiríase  
versicolor, piedra branca  
Candidose
- 14:30 – 15:00 Tumores e neoplasias cutâneas
- 15:00 – 15:15 Intervalo
- 15:15 – 16:00 Diagnóstico e terapêutica  
Dermatozoonoses - pediculose,  
escabiose, tungíase, larva *migrans*
- 16:00 – 17:00 Diagnóstico e terapêutica  
Dermatoviroses: herpes simples,  
herpes zoster, molusco contagioso, verrugas
- 17:00 - 17:30 Revisão e dúvidas

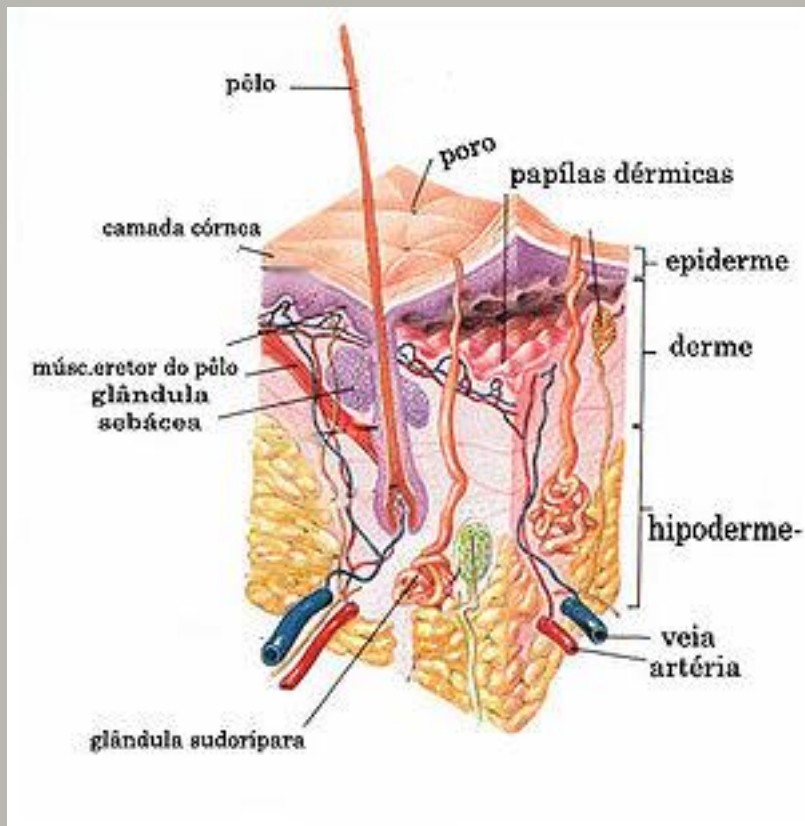
# Dermatologia na Atenção Básica

***NÃO HÁ CONFLITOS DE  
INTERESSE***

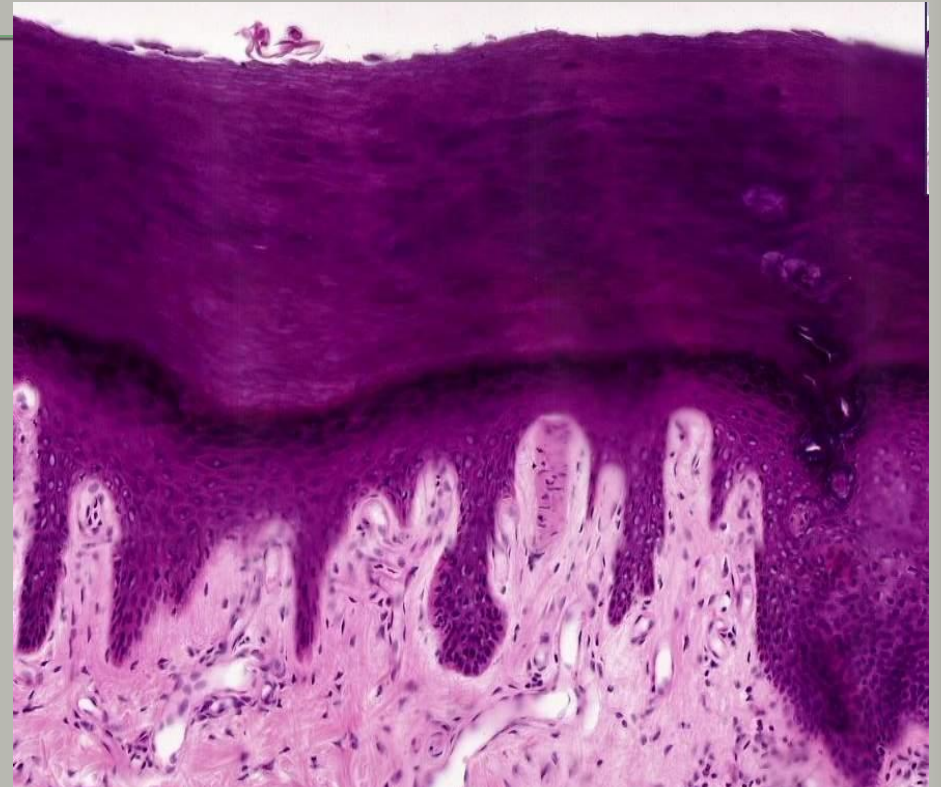
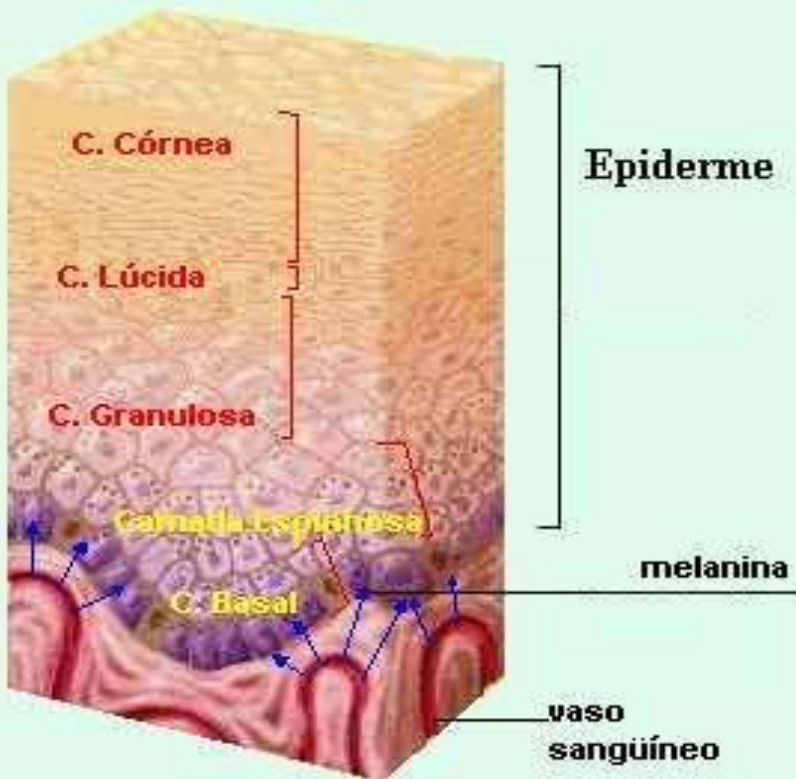
# Introdução

## ◉ Noções de Anatomia e Fisiologia













# Doenças que podem acometer a pele

---

## Classificação quanto à etiologia

- ◉ Infecciosas;
- ◉ Inflamatórias;
- ◉ Tumoriais/ neoplásicas.

## Classificação quanto à camada da pele afetada

# Doenças que podem acometer a pele

---

- ◉ Faixa etária, sexo
- ◉ História clínica
  - Queixa
  - Forma de surgimento/evolução
  - Sintomas associados
  - Fatores atenuantes e agravantes
  - Outros sintomas

# Escolha da terapêutica

---

- ◉ Topografia das lesões
- ◉ Extensão do quadro
- ◉ Faixa etária
- ◉ Antecedentes patológicos

---

# MILIÁRIA RUBRA







<http://dermis.net>



# Tratamento

---

- ◉ Orientações
- ◉ Compressas Solução Burrow 1:15
- ◉ Pasta d'água
- ◉ Corticóide tópico

---

# CANDIDOSE







SFS





**SFS**









SFS

SFS



SFS







Club  
Esmalta



# CANDIDOSE

---

## Sistêmicos (adultos!):

- ⊙ Terbinafina: 250 mg/dia, onicomicoses 2-4m.
- ⊙ Itraconazol: 100mg/dia, 2 sem ; 200mg/dia, 5 dias.

## Tópicos:

- ⊙ Nistatina susp 100000/ml, 3-4 x/dia
- ⊙ Cetoconazol, Miconazol creme 2-3x/dia
- ⊙ Ciclopirox olamina 1-2x/dia
- ⊙ Amorolfina, Isoconazol 1x/dia

# CANDIDOSE

---

## Oral

### ◎ Orientações

### ◎ Adultos:

- Nistatina suspensão – 3-4x/dia
- Clotrimazol solução
- Sistêmico

### ◎ Crianças e lactentes:

- Violeta de Genciana solução aquosa 0,5% (poucos dias); Bicarbonato de Sódio a 2%

# CANDIDOSE

---

## Balanoprepucial

- ◉ Orientações
- ◉ Antissépticos
- ◉ Cremes imidazólicos
- ◉ Sistêmicos

## Intertriginosa

- ◉ Orientações
- ◉ Antissépticos
- ◉ Cremes imidazólicos

---

# DERMATITE DE FRALDA



# DERMATITE DE FRALDA

---

- ◉ Orientações
- ◉ Nistatina/Óxido de zinco
- ◉ Pasta d'água
- ◉ Antimicóticos
- ◉ Corticóide de baixa potência



---

# DERMATITE ATÓPICA



SFS



**SFS**





**SFS**



**SFS**



**SFS**





SFS



SFS



01/03/2003





01/03/2003

# DERMATITE ATÓPICA

---

- Orientações: ambientais, alimentares, roupas.
- Sabonetes
- Hidratantes
- Antihistamínicos
  - Hidroxizina (xarope 2mg/ml) 2-6 a 50mg/dia, > 6 a 100 mg/dia
  - Dexclorfeniramina (xarope 2mg/5ml) 2-6 a 1,5mg/dia, > 6 a 3 mg/dia
- Corticóides: oral (poucos dias); tópicos (baixa potência, poucos dias)



---

# DERMATITE DE CONTATO



SFS



SFS



**SFS**





SFS



SFS





SFS



SFS







SFS



SFS

# DERMATITE DE CONTATO

---

- **Orientações: evitar o contato.**
- **Sabonetes**
- **Hidratantes**
- **Antihistamínicos**
  - Hidroxizina (xarope xarope 2mg/ml) 2-6 a 50mg/dia, > 6 a 100 mg/dia
  - Dexclorfeniramina (xarope 2mg/5ml) 2-6 a 1,5mg/dia, > 6 a 3 mg/dia
- **Corticóides: oral (poucos dias); tópicos (potência, poucos dias)**



---

**HANSENÍASE**

# Etiologia

---

- ◉ *Mycobacterium leprae*: bacilo álcool-ácido resistente, de reprodução lenta, multiplica-se em média em 12 a 14 dias, principalmente no interior das células de Schwann e histiócitos.
- ◉ Bacilo intracelular obrigatório, tem grande afinidade por células de pele e nervos periféricos
- ◉ Não é cultivável “in vitro”

# Transmissão

**TRANSMISSÃO:** do indivíduo multibacilar não tratado para indivíduos sãos susceptíveis.

- **VIA DE ELIMINAÇÃO:**  
VAS
- **VIA DE PENETRAÇÃO:**  
VAS
- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** 2 a 5 anos (< 1 ano a 7 anos).



# Patogênese

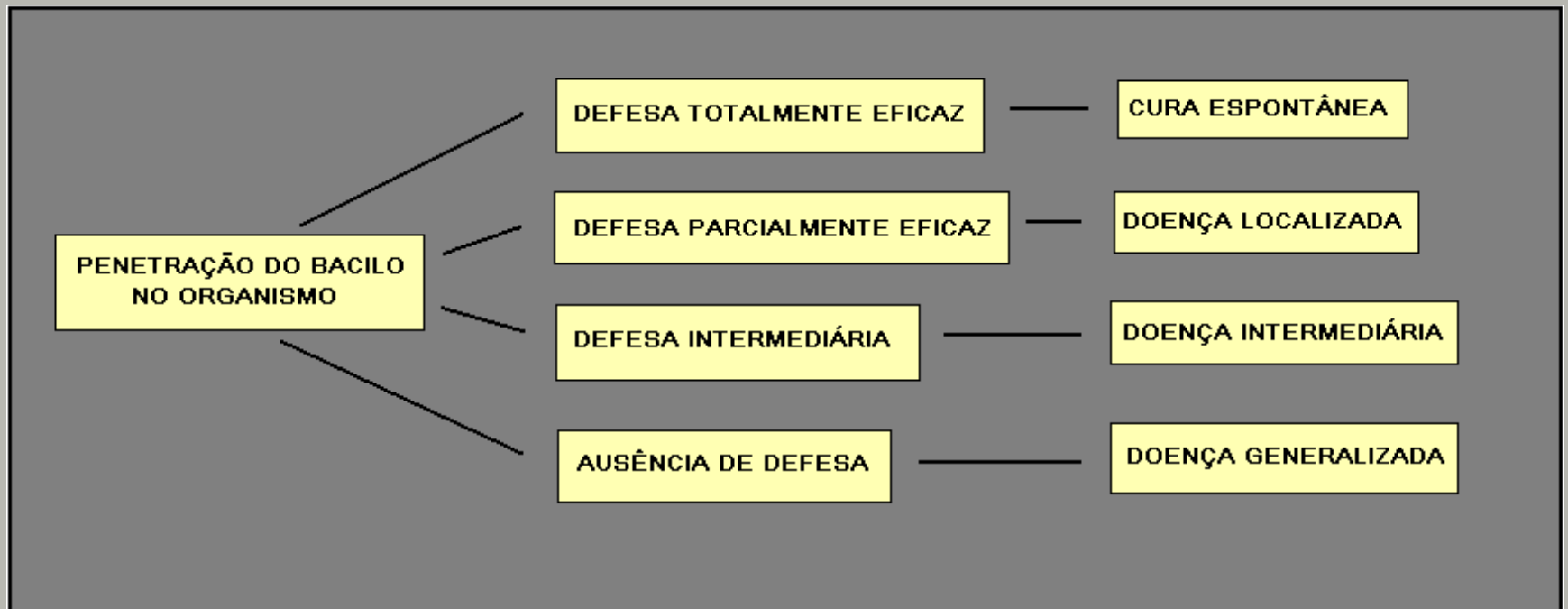










Foto: MLNobre



# DIAGNÓSTICO

## ◉ EXAME CLÍNICO - TESTE DA SENSIBILIDADE CUTÂNEA



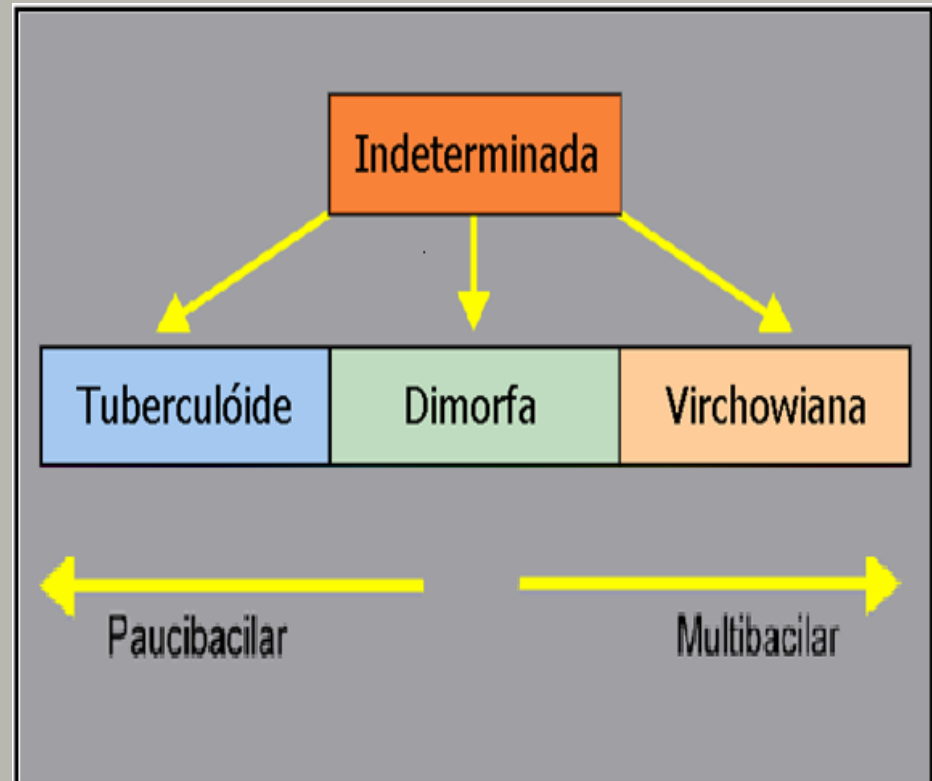
Nobre, ML

•Slide gentilmente cedido pelo Dr. Maurício L. Nobre – Natal - RN

# Classificação

## Classificação Operacional

- Até 5 lesões = defesa eficaz = **PAUCIBACILAR**
- Mais de 5 lesões = defesa ineficaz = **MULTIBACILAR**





# TRATAMENTO

## Tratamento padrão (PQT/OMS):

- Dapsona 50mg
  - Rifampicina 450 mg
  - Clofazimina 150mg, 50mg  
dias alternados
- 
- <30kg: DDS1,5; CFZ5;  
RFM10-20 (mg/kg de peso)



# REAÇÕES HANSÊNICAS

## REAÇÃO TIPO I



# REAÇÕES HANSÊNICAS

## REAÇÃO TIPO II





# REAÇÕES HANSÊNICAS

---



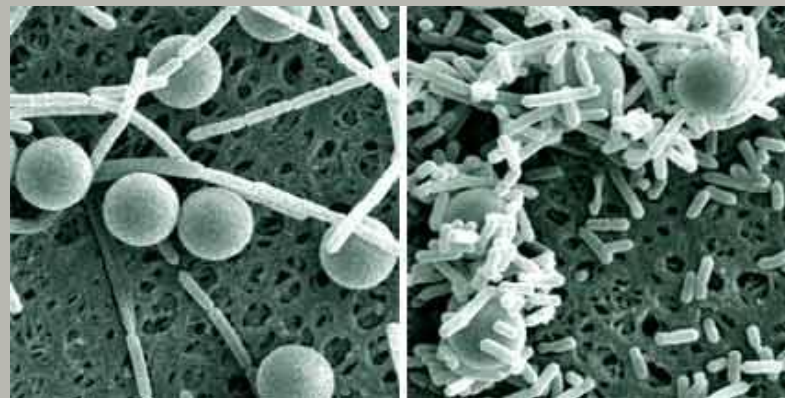
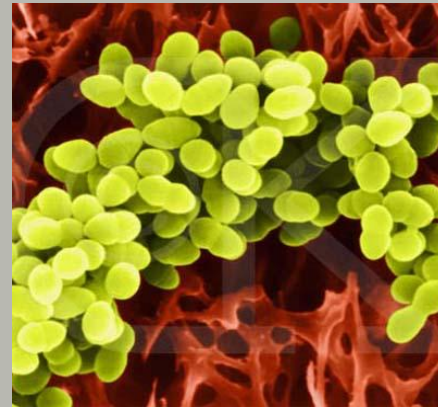
NEURITES

---

# PIODERMITES

# INFECÇÕES CUTÂNEAS BACTERIANAS

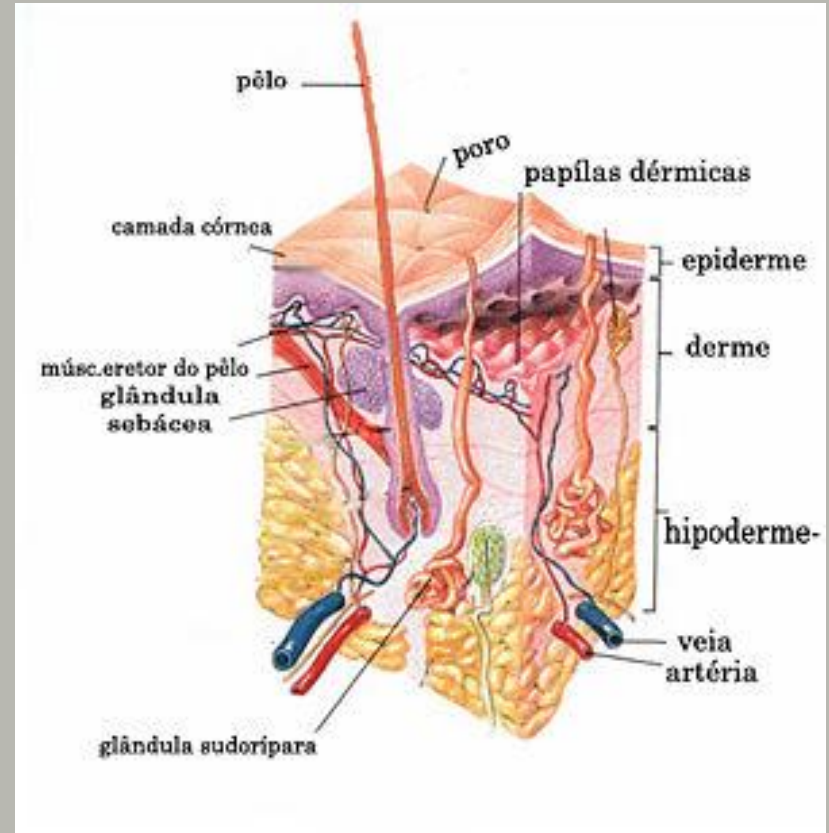
- Processo patogênico cutâneo primário ou secundária à infecção em outro órgão.
- **Piodermites:** infecções primárias da pele por bactérias purulentas – estafilococos (estafilodermias) e estreptococos (estreptodermias).



# CLASSIFICAÇÃO DAS PIODERMITES

Quanto à localização na pele:

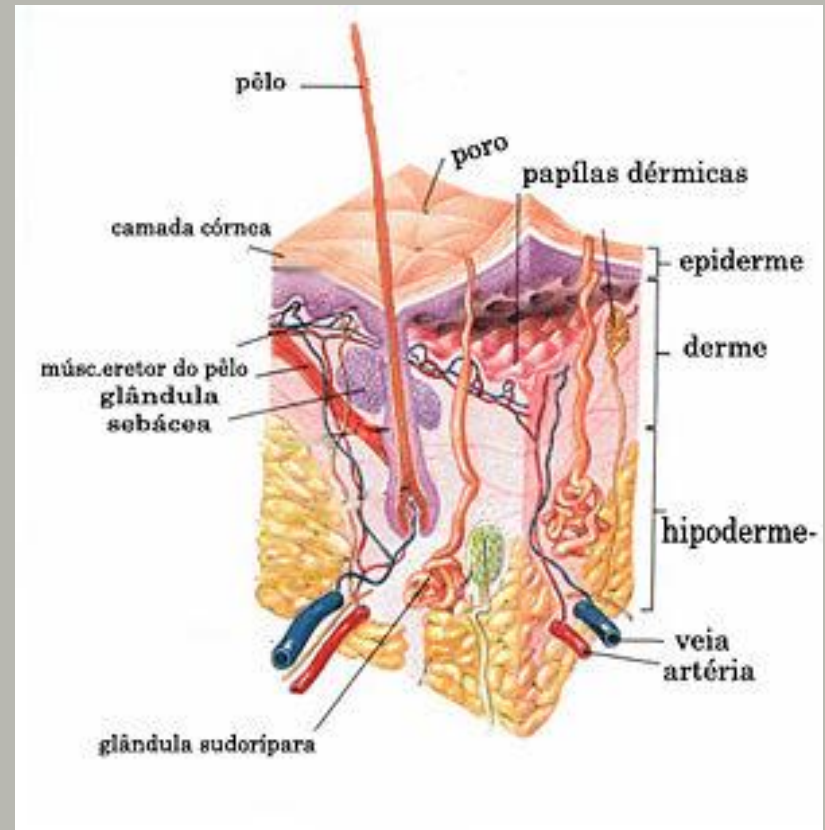
- infecção superficial da pele: ***impetigo***
- infecção da epiderme e derme: ***ectima***
- infecção mais profunda: ***celulite e erisipela***
- profunda com tendência à supuração: ***fleimão***





# Quanto à localização nos anexos:

- Abertura do folículo pilo-sebáceo: **osteofoliculite**
- Profundidade do folículo piloso: **foliculite**
- Folículo piloso juntamente com sua glândula sebácea: **furúnculo e antraz**
- Glândula sudorípara écrina: **periporite e abscessos múltiplos dos lactentes**
- Glândula sudorípara apócrina: **hidradenite**
- Unha e suas dobras: **paroníquia e panarício subepidérmico**



---

**IMPETIGO  
ÉCTIMA**

# IMPETIGO

---

- ◉ Dermatose infecciosa por estafilococos coagulase-positivos e, ocasionalmente, estreptococos hemolíticos.
- ◉ Formas clínicas: bolhoso e não-bolhoso.
- ◉ Impetigo bolhoso: estafilococos.
- ◉ Impetigo não-bolhoso: estreptococos e estafilococos.
- ◉ Patogênese:
  - Impetigo estreptocócico: colonização da pele; solução de continuidade (pele → trato respiratório)
  - Impetigo estafilocócico: colonização da mucosa nasal, contaminação da pele.

# Quadro Clínico

- Mais comum em crianças.
- Fator predisponente: falta de higiene.
- Mácula → vesico-pápula ou bolha efêmera → crosta melicérica.
- Lesões satélites.
- Linfadenopatia regional.
- Áreas mais acometidas: face e membros inferiores.
- Cura sem sequelas.
- Complicação: glomerulonefrite.







# ÉCTIMA

---

- ◉ Vesícula ou vesículo-bolha evolui para úlcera superficial
- ◉ Mais em pernas
- ◉ Complicações semelhantes ao impetigo



<http://dermis.net>

# Tratamento

---

- ◉ Limpeza das lesões: água morna e sabão, **SF**, antissépticos – Água Dalibour a 10%, 2 a 3 vezes ao dia (objetivo - crostas).
- ◉ Antibióticos tópicos: **Mupirocina** ou **Ácido Fusídico** – 2 a 3 vezes ao dia.
- ◉ Antibioticoterapia sistêmica: lesões disseminadas. Penicilina comum, penicilina semi-sintéticas (Oxacilina), **cefalosporinas (Cefalexina susp 250mg/5ml 25 a 50 mg/kg – 6/6 h, 7 a 10 dias)**, macrolídeos (Eritromicina susp 125mg ou 250mg/5ml; 35 a 50 mg/kg – 6/6 h, 7 a 10 dias).

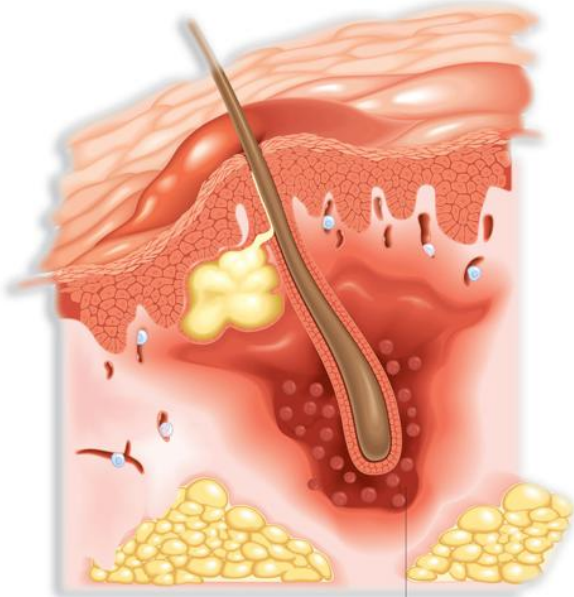


---

FURÚNCULO

# FURÚNCULO

Furunculose ■



Inflamação profunda  
perifolicular

- Infecção do folículo pilossebáceo e glândula sebácea anexa.
- Agente: *Staphylococcus aureus*
- *Antraz* (carbúnculo): conjunto de furúnculos em um mesmo local.
- *Furunculose*: eclosão ou sucessão de múltiplos furúnculos.

# Quadro Clínico

- ◉ A partir de uma foliculite superficial ou nódulo *ab initio*.
- ◉ Nódulo eritematoso, doloroso, quente.
- ◉ Flutuação em 2 a 4 dias.
- ◉ Eliminação de material necrótico: *carnicão*.
- ◉ Áreas mais afetadas: pescoço, face, axilas, nádegas.



# Tratamento

---

- Compressas mornas.
- Drenagem: quando surge o ponto central.  
(Cirúrgica precoce ou espremedura – contra-indicadas).
- Antibioticoterapia sistêmica:
  - dicloxacilina (adultos 500mg de 6/6 horas; crianças 25-50mg/kg/dia dividida em 4 doses),
  - eritromicina (adulto 250-500mg de 6/6 horas; crianças 30-50mg/kg/dia dividida em 4 doses)
  - clindamicina (adultos 150-300mg de 6/6 horas; crianças 8-16mg/kg/dia dividida em 3-4 doses).



# Furunculose Recidivante

---

- ◉ Investigar e tratar fatores predisponentes.
- ◉ Cuidados de higiene:
  - Lavar e separar roupas;
  - Sabonetes antissépticos – triclosan a 1%;
  - Manter secas as área úmidas.
- ◉ Antibióticos tópicos (nasal e lesões abertas – curativo oclusivo): Ácido Fusídico, Mupirocina.
- ◉ Antibioticoterapia sistêmica (antibiograma):
  - Cloxacilina – 500 mg, 6/6 h + Rifampicina 600 mg/d, 10 dias.
  - Rifampicina 600mg/d ou Clindamicina 150 mg/d, 3 meses (casos resistentes).

---

**CELULITE**  
**ERISIPELA**

# CELULITE

---

**CONCEITO:** Processo que atinge derme profunda e tecido subcutâneo e nem sempre é clara a distinção entre tecido infectado e não infectado. Infecção subaguda.

## **ETIOLOGIA:**

- *S. aureus* e estreptococos do grupo A
- *Haemophilus influenzae* (crianças)
- Bacilos Gram-negativos
- *Cryptococcus neoformans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Vibrio vulnificus* (hematogênico)

# Quadro Clínico

---

- Edema, eritema e calor leve.
- Geralmente ao redor de outras lesões. Em face, pode ocorrer em processos dentários e VAS.
- Sintomas e adenite eventuais.





# ERISIPELA

---

**CONCEITO:** Tipo de celulite cutânea, superficial, com marcante envolvimento de vasos linfáticos da derme. Infecção aguda.

## **ETIOLOGIA:**

- estreptococos beta - hemolítico, do grupo A (EGA);
- estreptococos beta - hemolítico, do grupo C ou G;
- raramente, por *Staphylococcus aureus*.

# Porta de Entrada

---

- Dermatoses subjacentes: bolhosas (pênfigos e penfigóides), infecções virais (herpes simples e zoster), dermatofitoses, inflamatórias (dermatite de estase, atópica e de contato), piodermites superficiais (impetigo, foliculite, furunculose) e úlceras de diversas etiologias.
- Traumatismos,
- Infecção de mucosa,
- Tinha interdigital,
- Ferimentos,
- Picadas de insetos,
- Uso de drogas injetáveis,
- Feridas cirúrgicas,
- Queimaduras,
- Laceração.

# Quadro Clínico

---

- A área afetada apresenta borda nítida, que avança com a progressão da infecção.
- Eritema: no sítio da infecção, rapidamente se intensifica e amplia.
- Dor torna-se marcante.
- Calor local.



- Vesículas, bolhas, erosões, úlceras, abscessos e necrose: sobrepõem a placa.
- Adenite satélite da região comprometida.
- Linfangite pode estar presente.
- Associados a sintomas sistêmicos (disseminação da infecção): indisposição, anorexia, febre e calafrios.





---

◉ **Locais mais acometidos**

- **Membros inferiores - locais mais acometidos em adultos;**
- **Membros superiores;**
- **Face.**

◉ **Complicações:**

- **Celulites recorrentes;**
- **Linfedema crônico;**
- **Elefantíase;**
- **Tromboflebites.**

# Celulite

## Tratamento

---

- Cefalosporinas – Cefalexina 500 mg, VO, 6/6 h;
- Macrolídeos – Eritromicina 500 mg, VO, 6/6 h;
- Sulfametoxazol- Trimetoprim 800 mg, VO, 12/12 h.
- Amoxicilina-Clavulonato - 500mg ou 20 a 40mg/kg/dia cada 8 horas.
- Investigar fatores predisponentes.

# Erisipela

## Tratamento Ambulatorial

---

- ◉ Repouso: essencial;
- ◉ Antibioticoterapia sistêmica:
  - Amoxicilina 1g 8/8h VO
  - Cefradina 500 mg 6/6h VO
  - Cefradoxil 1 g 12/12h VO
  - Ceftriaxone 1g/dia IM \*
  - Ciprofloxacina 750 mg 12/12h VO \*\*

\* *Após resposta favorável pode ser alterado para penicilina ou macrólideo via oral*

\*\* *Se suspeita de agentes mistos (p.e. diabéticos)*

# Erisipela

## Internação Hospitalar

---

### **Indicações:**

- Idade superior a 60 anos.
- Localização facial.
- Sinais de gravidade: locais (bolhas, púrpura, necrose, hipostesia) gerais (confusão, agitação, oligúria, hipotensão).
- Fatores de co-morbilidade: imunodepressão, neutropenia, asplenia, cirrose, insuficiência cardíaca ou renal.
- Terapêutica em ambulatório ineficaz.



## Antibioticoterapia sistêmica:

---

- Penicilina G 10-20 MU/dia 4/4h ou 6/6h EV
- Ampicilina 1g 8/8h EV
- Flucloxacilina 500 mg 6/6h EV
- Cefazolina 1g 6/6h EV
- Imipenem 1-2 g 8/8h EV\*\*

### S. aureus metecilino-resistente

- Vancomicina 1-2 g/dia EV
- Linezolide 0,6 g 12/12h EV

\*\* *Se suspeita de agentes mistos (p.e. diabéticos)*

*Manutenção:  
penicilina G Benzatina  
1.200.000, IM, ou SMX  
– TMP, 3 a 4 sem .  
Repouso dos  
membros, meias  
elásticas.*



---

# CASOS CLÍNICOS



---

## Caso 1

Feminino, 10 meses, lesões cutâneas há algumas semanas. Irmão em casa com quadro semelhante. Mãe refere febre, sem outras queixas.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Que conduta adotar?*





---

## Caso 2

Masculino, 5 anos, lesões cutâneas há algumas semanas. Mãe nega febre, sem outras queixas.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Que conduta adotar?*

## Caso 3

---

Feminino, 45 anos, lesões em perna esquerda, há 3 dias. Refere febre, cefaléia, mal estar geral.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Há algum diagnóstico associado?*

*Que conduta adotar?*





## Caso 4

Feminino, 20 anos, lesões em perna esquerda, há 3 dias.  
Diabética. Refere febre, cefaléia, mal estar geral.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Que conduta adotar?*



---

## Caso 5

Feminino, 30 anos, lesão em hemiface esquerda, há 5 dias.  
Refere febre, cefaléia, mal estar geral.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Que conduta adotar?*



---

## Caso 6



Masculino, 15 anos, lesão em nádega, há 5 dias. Nega qualquer sintoma sistêmico.

*Qual o seu diagnóstico?*

*Qual o agente etiológico mais provável?*

*Que conduta adotar?*

