VII - Doenças inflamatórias

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RODRIGUES, DA., *et al.* *Atlas de dermatologia em povos indígenas* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2010. Doenças inflamatórias, p. 109-128. ISBN 978-85-61673-68-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

VII

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS

1. Pitiríase Alba

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional, comum em pacientes atópicos (alérgicos).

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente entre as crianças, embora possa ser observada também em adultos.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por manchas brancas com descamação fina. Nota-se um aspecto “arrepiaado” na lesão. Podem acometer rosto (regiões malares), braços e tronco. As lesões não

coçam (Figuras 78 e 79) e podem ficar mais evidentes com a exposição solar, que aumenta o contraste da lesão com a pele normal.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico.

TRATAMENTO

Deve-se evitar exposição muito prolongada ao sol (proteger-se com bonés, camisa etc.). Não esfregar muito a pele no banho para não ressecar a pele.

Utilizar hidratantes, como óleo de amêndoas ou outros óleos vegetais duas vezes ao dia até o desaparecimento das manchas.

Figura 78. Pitíriase alba. Manchas hipocrômicas e descamativas na face.

Figura 79. Pitíriase alba. Manchas hipocrômicas e descamativas na face.

2. Eczemátide

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele recorrente, não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional. Pode ser considerada uma forma inflamatória da pitiríase alba.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, frequente em crianças e adultos, e está relacionada com pele ressecada e com exposição ao sol. Pessoas alérgicas (com rinite ou bronquite alérgica) têm maior chance de apresentar a doença.

QUADRO CLÍNICO

Lesões eritemato-descamativas, arredondadas, que podem acometer qualquer parte do corpo, mas são mais comuns no tronco e nos

membros (Figuras 80, 81, 82, 83 e 84). São assintomáticas ou coçam pouco. Associam-se com a pele seca. O principal diagnóstico diferencial é com a tinha do corpo.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. O exame micológico direto é realizado somente quando houver dúvida de colonização por fungo.

TRATAMENTO

As recomendações são semelhantes às da pitiríase alba. No caso de lesões pruriginosas, recomenda-se o uso de corticosteroide de baixa potência, como a hidrocortisona a 1% em creme, além da hidratação da pele.

Figura 80. Eczemátide. Manchas hipocrômicas e descamativas no braço.

Figura 81. Eczemátide. Manchas hipocrômicas e descamativas no tórax.

Figura 82. Eczemátide. Múltiplas pequenas manchas hipocrômicas e descamativas de localização folicular.

Figura 83. Eczemátide. Placas hipocrômicas e descamativas com bordas eritematosas nos membros inferiores.

Figura 84. Eczemátide. Placas hipocrômicas e descamativas disseminadas.

3. Miliária

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, causada por obstrução dos poros que secretam o suor. Também conhecida como “brotoeja”.

EPIDEMIOLOGIA

Não é transmissível e acomete principalmente crianças e adolescentes. É relacionada com o aumento da transpiração (calor, atividades físicas).

QUADRO CLÍNICO

Surgem vesículas de conteúdo claro (transparente) nas áreas afetadas. Pode ocorrer em qualquer área do corpo, especialmente no tronco e áreas de dobras (pescoço, axilas, virilhas). É comum a queixa de coceira e as lesões

podem adquirir caráter inflamatório (eritema) e ficar com conteúdo amarelado (pústulas – Figura 85). A complicação mais frequente é a infecção secundária das lesões por bactérias.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Normalmente não são necessários. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico.

TRATAMENTO

Evitar as condições em que há aumento da sudorese: não ficar muito exposto ao sol, não utilizar roupas muito quentes.

Utilizar hidrocortisona 1% creme nas lesões, duas vezes ao dia até a melhora clínica.

Se houver infecção secundária, associar antibiótico sistêmico, como a penicilina benzatina ou cefalexina.

Figura 85. Miliária. Vesículas e pústulas no tronco.

4. Dermatite de contato

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, causada pelo contato da pele com substâncias que causam irritação ou alergia na região. Portanto, pode ocorrer ou não exposição prévia à substância em questão.

EPIDEMIOLOGIA

Com o aumento de substâncias químicas a que somos expostos, a chance de desenvolvermos uma dermatite de contato tem aumentado. Essa doença pode acometer qualquer pessoa, em qualquer idade, com exposição prévia ou não à substância causadora.

QUADRO CLÍNICO

Lesões que coçam muito e, quando são agudas, têm aspecto de vesículas ou bolhas, acompanhadas de eritema e edema. Como causam muita coceira, são facilmente traumatizadas pelo ato de coçar, tornando-se secretantes (parecem estar sempre produzindo líquido). Quando são crônicas, apresentam lesões mais secas, descamativas, com aspecto de pele mais grossa e com coceira. As lesões ocorrem nas áreas em que houve contato com a substância causadora

da dermatite (pés, mãos, rosto etc.), podendo atingir outras regiões e se tornarem disseminadas (Figuras 86, 87, 88 e 89).

TRATAMENTO

Evitar o contato com as substâncias suspeitas de causar a dermatite de contato.

As medicações sistêmicas podem ser utilizadas dependendo da gravidade do caso.

Nos casos agudos, utilizar compressas com água boricada associadas ao uso de um corticosteroide tópico (dexametasona, betametasona) em forma de creme até a melhora do quadro clínico. O uso de anti-histamínicos sistêmicos (desclofeniramina, hidroxizine, loratadina) pode ser feito para ajudar a controlar o prurido. Em casos mais extensos, utilizar corticosteroides sistêmicos (betametasona injetável, prednisona oral).

Nos casos crônicos, há melhor resultado com o uso de corticosteroide tópico (betametasona, clobetasol) em forma de pomada, associado a anti-histamínico sistêmico (desclofeniramina, hidroxizine, loratadina).

Se houver infecção secundária, associar antibiótico sistêmico, como a penicilina benzatina ou cefalexina.

Figura 86. Dermatite de contato. Eritema, descamação e crostas no mamilo.

Figura 87. Dermatite de contato. Placa eritematosa e descamativa no dorso.

Figuras 88 e 89. Dermatite de contato. Mácula hipocrômica e descamativa no punho.

5. Dermatite Seborreica

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele, crônica não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional. Associada muitas vezes aos indivíduos alérgicos (asma, rinite, sinusite ou eczema). Quando acomete o couro cabeludo, ocorre descamação, conhecida como “caspa”.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, distribuída mundialmente. É frequente em crianças, nos primeiros seis meses de vida, e também muito comum entre os adultos.

QUADRO CLÍNICO

Lesões avermelhadas (eritematosas), descamativas com escamas gordurosas, que podem acometer o couro cabeludo, rosto (região de sobrancelhas e nariz) e peito

(Figuras 90, 91 e 92). Essas lesões podem causar coceira local.

Nas crianças pequenas (com menos de seis meses), podem atingir outras áreas da pele também. Muitas vezes, nota-se a formação de crostas no couro cabeludo.

TRATAMENTO

Depende da extensão das lesões de pele. Normalmente utiliza-se hidrocortisona 1% em creme, duas vezes ao dia até a melhora clínica.

Nos adultos com lesões mais extensas, utilizar betametasona 0,1% creme duas vezes ao dia. O uso de xampus à base de cetoconazol, zincopiritionato, sulfeto de selênio e ciclopirona olamina pode auxiliar no tratamento.

As crostas que se formam no couro cabeludo dos bebês podem ser removidas com óleo de amêndoas doces.

Figura 90. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas na face.

Figura 91. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas no pescoço e no couro cabeludo.

Figura 92. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas no couro cabeludo.

6. Neurodermite

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Também denominada líquen simples crônico, trata-se de espessamento da pele decorrente de coçadura crônica por diferentes estímulos externos, especialmente os quadros de eczemas ou dermatites (por exemplo, dermatite de contato crônica) e picadas de insetos.

EPIDEMIOLOGIA

Atinge as pessoas expostas a condições ambientais que levam a dermatite de contato, picadas de insetos ou outras dermatoses crônicas, mas pode atingir qualquer pessoa, principalmente aquelas que apresentam pele ressecada.

QUADRO CLÍNICO

Placas espessas descamativas e hipercrômicas que apresentam acentuação dos sulcos naturais da pele na sua superfície (liquenificação). O prurido está sempre presente e pode ser leve, moderado ou muito intenso (Figuras 93, 94 e 95).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. A biópsia de pele pode ser necessária quando houver dúvida diagnóstica. Os exames do fragmento de pele retirado serão realizados de acordo com as suspeitas clínicas (exame anatomicopatológico, culturas etc.).

TRATAMENTO

Deve-se bloquear o prurido (coceira) com corticosteroides tópicos de alta potência, de preferência em pomada em oclusão à noite. Pode ser realizada infiltração intralesional com triancinolona. Associar anti-histamínicos sistêmicos, quando necessário.

Após melhora do quadro, afastar a possível causa desencadeadora (por exemplo, dermatite de contato) e iniciar hidratação da pele com cremes ou óleos, pois o quadro pode recidivar com frequência.

Figura 93. Neurodermite. Placa liquenificada na perna.

Figura 94. Neurodermite Placa liquenificada na perna.

Figura 95. Neurodermite Placa liquenificada no tornozelo.

7. Psoríase

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Dermatose caracterizada por lesões eritematosas e descamativas, de evolução crônica. A etiologia não está bem esclarecida, mas admite-se que envolva fatores genéticos, bioquímicos, imunitários e ambientais.

EPIDEMIOLOGIA

Pode acometer qualquer faixa etária e atinge igualmente homens e mulheres. Em aproximadamente 30% são encontrados casos familiares da doença.

QUADRO CLÍNICO

Existem diversas formas de apresentação clínica. As lesões clássicas são placas eritemato-descamativas bem delimitadas, de diversos tamanhos, de distribuição simétrica e que acometem principalmente couro cabeludo, cotovelos, joelhos e região sacra (Figuras 96, 97 e 98).

Contudo, as lesões podem aparecer em qualquer local do corpo, acometer as unhas (Figura 99), a mucosa oral e, em alguns casos, há comprometimento também das articulações (artrite psoriática).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é feito pelo quadro clínico. Quando houver necessidade, realizar biópsia de pele para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Utilizam-se corticosteroides tópicos e exposição solar (radiação ultravioleta). Existem outras opções terapêuticas tópicas (coaltar, calcipotriol) e, quando necessário, utilizam-se também medicações sistêmicas (metotrexato, ciclosporina, acitretina), realizando periodicamente os controles laboratoriais necessários.

Figura 96. Psoríase. Placas eritemato-descamativas no couro cabeludo.

Figura 97. Psoríase. Placas eritemato-descamativas no tronco.

Figura 98. Psoríase. Placas eritemato-descamativas na perna.

Figura 99. Psoríase. Depressões puntiformes nas unhas.