

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Dermatologia Sanitária

Dermatologia na Atenção Básica de Saúde

Cadernos de Atenção Básica Nº 9
Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174

Brasília
2002

2002. Ministério da Saúde.

1ª Edição - 2002

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09 - DAB
Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174 - MS

Distribuição de informações:
Ministério da Saúde.
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Dermatologia Sanitária
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar
70.058-900 - Brasília/DF

Tiragem: 30.000 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Produzido e impresso com recursos do Projeto Atenção Básica/Unesco - 914BRZ29

Ministro de Estado da Saúde
Barjas Negri

Secretário de Políticas de Saúde
Cláudio Duarte da Fonseca

Diretora do Departamento de Atenção Básica
Heloiza Machado de Souza

Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária
Gerson Fernando Mendes Pereira

Editores

Gerson Oliveira Penna
Maria da Glória Teixeira

Colaboradora

Maria da Conceição Nascimento Costa

Autores

Gerson Oliveira Penna - *Universidade de Brasília - HUB*, Maria da Glória Teixeira - *Universidade Federal da Bahia*, Gerson Fernando Mendes Pereira - *Ministério da Saúde*, Iphis Campbell - *Universidade de Brasília - HUB*, Jesus Rodriguez Santamaria - *Universidade Federal do Paraná*, Maria Bernadete Rocha Moreira - *Ministério da Saúde*, Márcio Lobo Jardim - *Universidade Federal de Pernambuco*, Silmara C. P. Cestari - *Universidade Federal de São Paulo*, Sinésio Talhari - *Universidade Federal da Amazônia*, Silvio A. Marques - *Universidade Estadual Paulista - Botucatu* e Sebastião de A. P. Sampaio - *Responsável pelo Glossário Dermatológico*

Editoração e Projeto Gráfico
Edite Damásio da Silva

Revisão de Texto

Alberico Carvalho Bouzón

Apoio: ILEP - International Federation of Anti Leprosy Association

Catologação na fonte - Editora MS

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. -
Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

142p.:il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) - (**Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174**)

ISBN 85-334-0510-3

1. Dermatologia. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde.
Departamento de Atenção Básica. III. Título. IV. Série.

NLM WR 100

SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	9
Aids	11
Anthrax ou Carbúnculo	16
Cancro Mole	19
Candidíase	22
Dengue	25
Dermatite da Área de Fraldas	29
Doença de Lyme	30
Ectima	32
Eczemas	33
Erisipela	36
Escabiose	38
Estrófulo	40
Foliculites	42
Furúnculo	44
Gonorréia	46
Hanseníase	49
Herpes Simples	53
HPV	57
Impetigo	60
Larva Migrans	62
Leishmaniose Tegumentar Americana	63
Mífase	66
Molusco Contagioso	68
Paracoccidioidomicose	69
Pediculoses	72
Pitiríase Alba	74
Pitiríase Versicolor	75

Rubéola	77
Rubéola Congênita	79
Sarampo	82
Sífilis / Sífilis Congênita	86
Tinha do Corpo	91
Tinha do Couro Cabeludo	92
Tinha dos Pés	94
Tuberculose Cutânea	95
Tungíase	99
Urticária	100
Varicela / Herpes Zoster	101
Verrugas	105
Recomendações para Uso de Corticosteróides	110
Glossário Dermatológico	113
Documentação Fotográfica	121
Bibliografia Consultada	140

APRESENTAÇÃO

O presente Guia é especialmente destinado aos profissionais que atuem na atenção básica de saúde, cuja reorganização e fortalecimento constituem uma prioridade do Ministério da Saúde. Tal prioridade leva em conta, em especial, a capacidade resolutiva desse nível, mediante a qual é possível responder à maioria dos problemas demandados pela população, bem como a sua importância na conformação da rede regionalizada e hierarquizada, fundamental para a integralidade da atenção à saúde.

Esta publicação é uma edição revista e ampliada do Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário, na qual são abordados diferentes e estratégicos aspectos de cada agravo, desde a sua respectiva descrição, sinonímia, etiologia, reservatório, modo de transmissão, períodos de incubação e transmissão, até o diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica e medidas de controle.

Trata-se, assim, de instrumento de maior relevância para o manejo dos pacientes com doenças de pele, configurando-se um importante auxílio aos profissionais na sua prática diária, tanto para aqueles que integram as equipes de saúde da família, quanto àqueles que atuam em toda a rede básica.

Ao tornar disponível este Guia, o Ministério da Saúde acredita estar contribuindo também para que a atenção básica de saúde no País atinja, com qualidade e de forma plena, a sua ampla capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Cláudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

PREFÁCIO

A reorientação das ações de controle das doenças dermatológicas de interesse sanitário, para a assistência fundamentalmente vinculada à atenção básica à saúde, norteou a decisão da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, em encomendar para a sua área técnica a revisão e ampliação do *Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário* transformando-o em *Dermatologia na Atenção Básica à Saúde*, visando atender às necessidades de um número expressivo de profissionais de saúde, na linha de frente dessas situações, distribuído em todo o território nacional nas Equipes de Saúde da Família.

E é com esse intuito que a Secretaria de Políticas de Saúde entrega para a Rede Básica de Saúde este documento que, temos certeza, será um importante auxílio no manejo dos pacientes com doenças de pele em nossa população.

Heloiza Machado de Souza
Diretora do Departamento de Atenção Básica

INTRODUÇÃO

A transformação do *Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário* para *Dermatologia na Atenção Básica à Saúde*, vem atender a uma expressiva demanda dos profissionais da rede básica de saúde, uma vez que as doenças de pele continuam figurando entre as três primeiras causas de demanda aos serviços de saúde. Esta edição, revisada e ampliada, vem atender além das crianças, a população de qualquer faixa etária.

É importante lembrar que a pele é o maior órgão do corpo humano, uma barreira importante entre nosso organismo e o meio exterior. Além de ser capaz de despertar sensações, expressa um sem número de significativos sinais e sintomas, que são de auxílio fundamental na identificação de doenças.

As doenças que acometem a pele podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação, ou manifestação tardia de doenças sistêmicas.

Não menos importante é lembrar que o exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferentemente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais com alteração da cor (acromia, hipocromia, hiperacromia, eritema...), com alteração da espessura (atrofia, hiperqueratose...), a presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares no diagnóstico e conseqüente instituição da terapêutica adequada.

Esse guia não tem a pretensão de ser um compêndio dermatológico, tem somente a intenção de servir de auxílio aos colegas profissionais de saúde, ratificando que por vezes os mecanismos de Referência e Contra Referência poderão e deverão ser acionados para atender os pacientes que necessitem de assistência especializada.

Além do agradecimento aos editores e autores, registro de forma especial o agradecimento ao Centro Nacional de Epidemiologia e a Fundação Alfredo da Mata, pelo material cedido para composição de parte desse material.

Registro ainda a preocupação da ATDS em selecionar dermatologistas experientes, de algum modo ligados à área de Saúde Pública e com representatividade de todas as regiões do país, com vistas a conferir visão epidemiológica nacional ao guia.

Três capítulos finais foram incluídos de modo a auxiliar na utilização deste Guia no campo, são eles:

- Recomendações para Uso de Corticosteróides
- Glossário Dermatológico
- Documentação Fotográfica

Gerson Fernando Mendes Pereira
Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária



AIDS

CID-10: B20 A
B 24

DESCRIÇÃO: doença caracterizada por uma disfunção grave e progressiva do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua evolução pode ser dividida em 3 fases: infecção aguda, que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações como febre, calafrios, sudorese, mialgias, cefaléias, dor de garganta, sintomas gastrointestinais, linfadenopatias generalizadas e erupções cutâneas. A maior parte dos indivíduos apresenta sintomas auto-limitados que desaparecem após algumas semanas. Entretanto, a maioria não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. Em seguida, o paciente entra em uma fase de infecção assintomática, de duração variável de alguns anos. A doença sintomática, da qual a aids é a sua manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentando alterações mais acentuadas da imunidade, com o surgimento de febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia e adenomegalia. As infecções oportunistas passam a surgir ou recidivar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase oroesofágica, meningite por criptococos e retinite por citomegalovírus, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o Sarcoma de Kaposi e certos tipos de linfoma, podem surgir, caracterizando a aids. A ocorrência de formas graves ou atípicas de doenças tropicais, como paracoccidiodomicose, leishmanioses e doença de Chagas, tem sido observada no Brasil.

SINONÍMIA: SIDA, aids, doença causada pelo HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ETIOLOGIA: vírus RNA. Retrovírus atualmente denominado como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com 2 tipos conhecidos: o HIV-1 e o HIV-2. Antes de 1986, era denominado como HTLV-III/LAV.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: sexual, sangüínea (via parenteral) e da mãe para o filho, no curso da gravidez, durante ou após o parto e pelo aleitamento materno no período pós parto. São fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV: variações frequentes de parceiros sexuais sem uso de preservativos; presença de outras DST concomitantes, utilização de sangue ou seus derivados sem controle de qualidade; compartilhamento ou uso de seringas e agulhas não esterilizadas (como acontece entre usuários de drogas injetáveis); gravidez em mulher



infectada pelo HIV; e transplante de órgãos ou recepção de sêmen de doadores infectados. É importante ressaltar que o HIV não é transmitido pelo convívio social ou familiar, abraço ou beijo, alimentos, água, picadas de mosquitos ou de outros insetos.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e a fase aguda ou aparecimento de anticorpos circulantes. Na grande maioria dos pacientes esse período varia entre 1 e 3 meses após o contato infeccioso, podendo ocasionalmente chegar a 6-12 meses em alguns poucos casos relatados na literatura médico-científica.

PERÍODO DE LATÊNCIA: é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV (aids). As medianas desse período estão entre 7 e 12 anos, dependendo da via de infecção envolvida.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: é variável, mas o indivíduo infectado pelo HIV pode transmitir durante todas as fases da infecção, sendo esse risco proporcional à magnitude da viremia e presença de outros co-fatores.

COMPLICAÇÕES: infecções por agentes oportunistas associados com o comprometimento predominante da imunidade celular, tais como citomegalovírus, herpes, cândidas, criptococos, *P. carinii*, *T. gondii*, *M. tuberculosis* e outras micobacterioses. Essas infecções podem ocorrer por reativação de foco endógeno e/ou infecção exógena. Pode haver complicações pelo aparecimento de Sarcoma de Kaposi e outras neoplasias.

DIAGNÓSTICO: a detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam ou quantificam anticorpos, antígenos, material genético por técnicas de biologia molecular (carga viral) ou isolamento direto do vírus (cultura). Na prática, os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são os mais utilizados. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período médio de 6 a 12 semanas da infecção inicial. Denomina-se “janela imunológica” esse intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais convencionais. Durante esse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas. Devido à importância do diagnóstico laboratorial, particularmente pelas conseqüências de se “rotular” um indivíduo como HIV positivo e para ter-se uma maior segurança no controle de qualidade do sangue e derivados, recomenda-se que os testes de detecção laboratorial eventualmente reagentes em uma primeira amostra sejam repetidos e confirmados conforme normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: imunodeficiências por outras etiologias.

TRATAMENTO: nos últimos anos, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV; várias drogas anti-retrovirais foram desenvolvidas e se mostram eficazes para o controle parcial da replicação viral, diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, a uma maior sobrevida, bem como a uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. Em 1994, foi comprovado que o uso da zidovudina (AZT) pela gestante infectada durante a gestação, bem como pelo recém-nascido, durante as primeiras semanas de vida, pode levar a uma redução de até 2/3 no risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. A partir de 1995, o uso da monoterapia foi abandonado, passando a



ser recomendação, do Ministério da Saúde, a utilização de terapia combinada com 2 ou mais drogas anti-retrovirais para o controle da infecção crônica pelo HIV. Atualmente, a terapia anti-retroviral padrão recomendada é de 3 ou mais drogas, sendo o uso de terapia dupla uma situação excepcional (certas situações de quimioprofilaxia para exposição ocupacional). São numerosas as possibilidades de esquemas terapêuticos indicados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, que variam, conforme a presença ou não de doenças oportunistas, valor da contagem de células T-CD4⁺ e magnitude da carga viral plasmática. Os parâmetros para indicação de tratamento e dosagem dos medicamentos para os adultos são diferentes para as crianças. Por esse motivo, recomenda-se a leitura das Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV”, “Recomendações para Profilaxia da transmissão Materno-infantil e Terapia Anti-retroviral em Gestantes” e do “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças”, ambos distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde para instituições que manejam esses pacientes. Não menos importante é enfatizar que o Brasil é um dos poucos países que financia integralmente a assistência ao paciente com aids na rede pública de saúde, com gastos, só em medicamentos, em mais de 1 bilhão de reais em 2001, atendendo mais de 100.000 pacientes em todo o território nacional.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: prevenir a transmissão e disseminação do HIV e reduzir a morbi-mortalidade associada à essa infecção.

NOTIFICAÇÃO: somente os casos confirmados deverão ser notificados ao Ministério da Saúde.

DEFINIÇÃO DE CASO: entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou conseqüentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias). Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos nas publicações: “Revisão da Definição Nacional de Casos de AIDS em Indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de Vigilância Epidemiológica” (1998) e “AIDS e Infecção pelo HIV na Infância” (1992). Essas definições estão resumidas na página seguinte.

Epidemiológica” (1998) e “AIDS e Infecção pelo HIV na Infância” (1992). Essas definições estão resumidas na página seguinte.

MEDIDAS DE CONTROLE

⇒ **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SEXUAL:** baseia-se na informação e educação visando a prática do sexo seguro, através da redução do número de parceiros e do uso de preservativos.

⇒ **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SANGÜÍNEA:** a) transfusão de sangue: todo o sangue para ser transfundido deve ser obrigatoriamente testado para detecção de anticorpos anti-HIV. A exclusão de doadores em situação de risco aumenta a segurança da transfusão, principalmente por causa da “janela imunológica”; b) hemoderivados: os produtos derivados de sangue, que podem transmitir o HIV, devem passar por processo de tratamento que inative o vírus; c) injeções e instrumentos perfuro-cortantes: quando não forem descartáveis devem ser meticulosamente limpos para depois serem desinfetados e esterilizados. Os materiais



descartáveis, após utilizados, devem ser acondicionados em caixas apropriadas, com paredes duras, para que acidentes sejam evitados. O HIV é muito sensível aos métodos padronizados de esterilização e desinfecção (de alta eficácia). O HIV é inativado através de produtos químicos específicos e do calor, mas não é inativado por irradiação ou raios gama; d) doação de sêmen e órgãos: rigorosa triagem dos doadores; f) transmissão perinatal: uso de zudovudina no curso da gestação de mulheres infectadas pelo HIV, de acordo com esquema padronizado pelo Ministério da Saúde, associado à realização do parto cesáreo, oferece menor risco de transmissão perinatal do vírus. No entanto, a prevenção da infecção na mulher é ainda a melhor abordagem para se evitar a transmissão da mãe para o filho.

Resumo dos critérios de definição de caso de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais para fins de vigilância epidemiológica

1 - CDC Modificado

Evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+
Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids ou evidência laboratorial de imunodeficiência

2 - Rio de Janeiro/Caracas

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV
+
Somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

3 - Critério Excepcional CDC

Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+
Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência

4 - Critério Excepcional Óbito

Menção de aids em algum campo da Declaração de Óbito
+
Investigação epidemiológica inconclusiva

5 - Critério Excepcional ARC + Óbito

Paciente em acompanhamento, apresentando ARC
+
Óbito de causa não-externa

NOTAS EXPLICATIVAS: ARC: aids related complex, ou complexo relacionado à aids. Causas externas de óbito: homicídio, suicídio e acidente; evidência laboratorial da infecção pelo HIV, para fins de vigilância epidemiológica; em pessoas com 13 anos ou mais, que não preencham nenhum dos critérios de definição; caso de aids para essa faixa etária. Dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + teste confirmatório reagente, ou um teste confirmatório reagente; em pessoas com 13 anos ou mais, que preencham algum dos critérios de definição de caso de aids por essa faixa etária. Dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); ou um teste confirmatório reagente.

OBSERVAÇÃO: são testes de triagem: ensaios imunoenzimáticos de várias gerações, utilizando diversos antígenos (ELISA, EIA e MEIA), quimioluminescência, teste rápido e teste simples. São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como, por exemplo, o PCR.

Recomenda-se para todos os profissionais de saúde que manejam pacientes HIV positivos ou



Aids, a leitura das “Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV”, “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes” e do “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças”, todos atualizados periodicamente e distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.



CID-10: A22

“ANTHRAX” OU CARBÚNCULO

DESCRIÇÃO: é uma toxiinfecção aguda que em geral ataca a pele e raramente o nasofaringe, vias respiratórias inferiores, mediastino e vias intestinais. A forma cutânea se manifesta inicialmente por prurido na pele exposta ao agente seguido do aparecimento de lesões confluentes: pápulas, pústulas, vesículas e úlceras indolores que em dois a seis dias transformam-se em escaras escuras. Os locais mais freqüentes da infecção são cabeça e mãos. Quando não tratada dissemina-se para os linfonodos regionais e para a corrente sangüínea, e conseqüentemente pode ocorrer septicemia. A letalidade da forma cutânea sem tratamento pode atingir 5 a 20%. A forma respiratória, via de regra, é letal. Os sintomas iniciais são mínimos e inespecíficos e assemelham-se a uma infecção comum das vias respiratórias superiores mas após três a cinco dias aparecem os sintomas agudos de insuficiência respiratória, sinais radiológicos de alargamento mediastínico, febre, choque e logo depois morte. A forma intestinal, adquirida por ingestão de carne contaminada, é rara e mais difícil de ser identificada, exceto quando existe vínculo epidemiológico. Caracteriza-se por mal-estar abdominal, vômitos, febre, que evolui para diarréia sanguinolenta, abdome agudo, sinais de septicemia e morte. A enfermidade primária bucofaríngea é rara, e quando ocorre, manifesta-se por lesão de mucosa na cavidade oral ou da orofaringe, acompanhada de adenopatia cervical, edema e febre.

SINONÍMIA: anthrax, carbúnculo. Na língua inglesa é conhecido como anthrax. No Brasil, a confluência de furuncúlos, que é um diagnóstico clínico diferencial da toxiinfecção causada pelo *Bacillus anthracis*, tanto é denominada como carbúnculo como antraz. Na vigência desta furunculose multifocal a suspeita de infecção pelo *Bacillus anthracis*, deve ser levantada quando há história epidemiológica compatível.

ETIOLOGIA: *Bacillus anthracis*, bacilo móvel, gram positivo, encapsulado, formador de esporos.

RESERVATÓRIO: animais herbívoros, domésticos e selvagens. Os esporos resistem viáveis em solos contaminados e em couros secos.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato da pele, inalação ou ingestão de esporos existentes em tecidos ou objetos contaminados - lã, couro, osso e pelo - de animais (bois, ovelhas, cabras, cavalos). Aventa-se a possibilidade de transmissão por insetos que tenham se alimentado dos ditos animais. Contato com solo contaminado. A transmissão direta de um indivíduo infectado para uma pessoa sadia é muito pouco provável de ocorrer.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 24 horas a sete dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: quando a contaminação se dá por objetos e solos contaminados por esporos, estes permanecem infectantes por décadas.

COMPLICAÇÕES: pneumonia, hemorragia gastro-intestinal, septicemia, meningites.

DIAGNÓSTICO: clínico-epidemiológico e laboratorial. Este último é feito mediante isolamento do *Bacillus anthracis* no sangue, lesões, secreções, ou tecidos (histopatologia). Pode-se ainda detectar anticorpos no sangue pela técnica de imunofluorescência.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: furunculose cutânea causada por *Staphylococcus* e ou *Streptococcus*, dermatite pustulosa contagiosa (enfermidade vírica de Orf).

TRATAMENTO: para os casos confirmados com cepas do *Bacillus anthracis* sensíveis à amoxicilina, esta é a droga de escolha, sendo a dose para adultos de 500mg, VO, 3 vezes ao dia e para crianças com menos de 20kg, usar 40mg/kg/dia, VO dividida em três doses diárias. Pode-se utilizar também doxiciclina como segunda escolha. Para cepas resistentes utiliza-se a ciprofloxacina por via oral na dose de 500mg, duas vezes ao dia para adultos e em crianças menores de 20kg, 20 a 30mg/kg por dia, dividida em duas doses diárias. O esquema utilizado deve ser mantido por 60 dias. Avaliar indicação de utilização desta droga por via parenteral.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: o homem é um hospedeiro acidental e a incidência é muito baixa e geralmente esporádica em quase todo o mundo. É um risco ocupacional de trabalhadores que manipulam herbívoros e seus produtos. Tem casos registrados na América do Sul e Central, Ásia e África. Recentemente ocorreram casos nos Estados Unidos da América que tem sido imputados a guerra biológica.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnóstico e tratamento precoce dos casos para evitar complicações e óbitos. Identificação da fonte de infecção para adoção de medidas de controle e desinfecção concorrente. Não há indicação de Isolamento dos casos.

NOTIFICAÇÃO: evento inusitado de notificação compulsória imediata.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** um caso compatível com a descrição clínica ou que tenha exposição a algum material, ou animal ou produtos animais contaminados pelo *B. anthracis*.

⇒ **CONFIRMADO:** a) indivíduo com infecção pelo *B. anthracis* confirmada laboratorialmente; b) indivíduo com exposição a algum material, ou animal ou produtos animais contaminados pelo *B. anthracis* e quadro clínico compatível.

MEDIDAS DE CONTROLE: a vacina humana só produz imunidade após 18 meses da aplicação. Nos EUA a vacina humana é utilizada somente em grupos especiais e não está disponível no Brasil. A quimioprevenção não está indicada de modo indiscriminado por ser ineficaz e poder gerar resistência medicamentosa. Administra-se só em situações específicas onde tenha ocorrido uma exposição de risco. É iniciada enquanto são aguardados os resultados finais confirmatórios, nas



seguintes situações: a) exposição com elevado grau de suspeição; b) detecção de presença de bactérias morfológicamente semelhantes ao *B. anthracis*. Utiliza-se: a) amoxicilina na dose de 500mg, três vezes ao dia, para adultos e 40mg/kg/dia para crianças com menos de 20kg, dividida em três doses diárias; b) ou doxociclina 100mg/2 vezes ao dia, em adultos, para crianças com menos de 20kg, 5mg/kg/dia, divididas em duas doses diárias; c) em casos de resistência aos antibióticos anteriores a droga indicada é a ciprofloxacina por via oral na dose de 500mg, duas vezes ao dia para adultos e em crianças menores de 20kg, 20 a 30mg/kg por dia, dividida em duas doses diárias. O esquema utilizado deve ser mantido por 60 dias.



CANCRO MOLE

CID-10: A57

DESCRIÇÃO: doença de transmissão sexual, muito freqüente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por apresentar lesões múltiplas (podendo ser única, habitualmente dolorosas). Inicia com pápula ou pústula que rapidamente se transforma em ulceração de borda irregular, com contornos eritemato-edematosos e fundo coberto por exsudato purulento e/ou necrótico, de coloração amarelada e odor fétido. Quando o exsudato é removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No homem, as localizações mais freqüentes são no frênulo e no sulco bálcão prepucial; na mulher, na fúrcula e na face interna dos grandes lábios. No colo uterino e na parede vaginal, podem aparecer lesões que produzem sintomas discretos. Nas mulheres, a infecção pode ser assintomática. Lesões extragenitais têm sido assinaladas. Em 30 a 50% dos pacientes, os linfonodos são atingidos, geralmente, inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos; observados quase que exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único.

SINONÍMIA: cancróide, cancro venéreo simples.

ETIOLOGIA: *Haemophilus ducreyi*, bastonete gram negativo.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: sexual.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 3 a 5 dias, podendo atingir 14 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: sem tratamento, semanas ou meses (enquanto durarem as lesões). Com antibioticoterapia, 1 a 2 semanas.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Feito por exame direto: pesquisa em coloração, pelo método de Gram, em esfregaços de secreção da base da úlcera ou do material obtido por aspiração do bubão. Observam-se, mais intensamente, bacilos gram negativos intracelulares, geralmente aparecendo em cadeias paralelas, acompanhados de cocos gram positivos (fenômeno de satelismo). Cultura: é o método diagnóstico mais sensível, porém de difícil realização pelas características do bacilo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: cancro duro, herpes simples, linfogranuloma venéreo, donovanose,



erosões traumáticas infectadas. Não é rara a ocorrência do cancro misto de Rollet (multietiologia com o cancro duro da sífilis).

TRATAMENTO: Azitromicina, 1g, VO, dose única; sulfametoxazol, 800mg + trimetoprim, 160mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; tianfenicol, 5g, VO, em dose única ou 500mg de 8/8 horas; estereato de eritromicina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por, no mínimo, 10 dias ou até a cura clínica; tetraciclina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por, no mínimo, 10 dias. O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas de higiene local. **Recomendações:** o acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução total das lesões; é indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença; o tratamento dos parceiros sexuais está recomendado mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela existência de portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres; é muito importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada, pela pesquisa de *Treponema pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão. A aspiração, com agulhas de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos pode ser indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação; é contra-indicada a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: ocorre principalmente nas regiões tropicais, em comunidades com hábitos precários de higiene.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: a) Interromper a cadeia de transmissão através da detecção e tratamento precoces dos casos e dos seus parceiros (fontes de infecção); b) prevenir novas ocorrências por meio de ações de educação em saúde.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória nacional. Os profissionais de saúde devem observar as normas e procedimentos de notificação e investigação de estados e municípios. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, está implantando um sistema de fontes de informações específicas para as doenças sexualmente transmissíveis, visando o aprimoramento de seu controle.

MEDIDAS DE CONTROLE: a) Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados; b) Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente, fazendo com que ele discrimine as possíveis situações de risco presentes em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos; c) Promoção do uso de preservativos - método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST; d) Convite aos parceiros para aconselhamento e promoção do uso de preservativos (deve-se obedecer aos princípios de confiabilidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação); e) Educação em saúde, de modo geral. **Observação:** As associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, o profissional de saúde deve orientar o paciente e solicitar sorologia para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST. Portanto, toda doença



sexualmente transmissível constitui-se em evento sentinela para busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, para alcançar maior impacto no seu controle.



CID-10: B37

CANDIDÍASE

DESCRIÇÃO: micose que atinge a superfície cutânea ou membranas mucosas, resultando em candidíase oral, candidíase vaginal, intertrigo, paroníquia e onicomicose. A forma mais comum de candidíase oral é a pseudomembranosa, caracterizada por placas brancas removíveis na mucosa oral. Outra apresentação clínica é a forma atrófica, que se apresenta como placas vermelhas, lisas, sobre o palato duro ou mole. A candidíase vulvo-vaginal caracteriza-se pela presença de leucorréia e placas cremosas esbranquiçadas, na vulva e mucosa vaginal. O intertrigo atinge mais frequentemente as dobras cutâneas, nuca, virilhas, regiões axilares, inframamária e interdigitais. A irritação e maceração da pele, provocada pela urina e pelas fezes na área das fraldas, favorecem o desenvolvimento da levedura que provoca eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, com lesões eritemato-vésico-pustulosas na periferia (lesões satélites). A infecção da unha (onicomicoses e paroníquia) caracteriza-se por eritema e edema das dobras das unhas seguidas de distrofia ungueal e onicólise. Pode ocorrer infecção secundária levando a paroníquia mista caracterizada pela presença de secreção purulenta. As atividades com imersão frequente em água e diabetes são fatores pré-disponentes nesse tipo de candidíase. A infecção mucocutânea crônica pode estar associada com doenças endócrinas, como diabetes *melittus*, tratamento com antibióticos de amplo espectro ou imunodeficiência, sendo frequente na infecção por HIV. Candidíase disseminada ocorre em recém-nascidos de baixo peso e hospedeiros imunocomprometidos, podendo atingir qualquer órgão e evoluir para óbito. A disseminação hematogênica pode ocorrer em pacientes neutropênicos, conseqüente ao uso de sondas gástricas ou catéteres intravasculares, atingindo diversos órgãos ou prótese valvular cardíaca.

SINONÍMIA: monilíase, sapinho.

ETIOLOGIA: *Candida albicans*, *Candida tropicalis* e outras espécies de *Candida*. A *Candida albicans* causa a maioria das infecções.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: atrito, calor e umidade facilitam o desenvolvimento do fungo já existente nas mucosas ou pele. O contato com secreções originadas da boca, pele, vagina e dejetos de portadores ou doentes. A transmissão vertical dá-se da mãe para o recém-nascido, durante o parto. Pode ocorrer disseminação endógena.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: desconhecido.



PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesões.

COMPLICAÇÕES: esofagite, endocardite, ou infecção sistêmica, mais comum em imunodeprimidos, diabéticos ou portadores de doenças que ocasionam anemias graves com queda da resistência.

DIAGNÓSTICO

⇒ **CANDIDÍASE ORAL:** além do aspecto clínico, visualização de leveduras e pseudohifas em exame microscópico de esfregaço da lesão, preparado com hidróxido de potássio a 10%. As culturas permitem a identificação da espécie.

⇒ **ESOFAGITE:** endoscopia com biopsia e cultura.

⇒ **CANDIDÍASE INVASIVA:** pode ser diagnosticada através de isolamento do microorganismo de fluidos corporais (sangue, líquido, medula óssea) ou através de biopsia de tecidos. O achado de cultura negativa, entretanto, não afasta o diagnóstico de candidíase sistêmica. Culturas de material potencialmente contaminado, como urina, fezes ou pele, podem ser de difícil interpretação, mas servem de apoio ao diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: candidíase mucocutânea tem como diagnóstico diferencial dermatite seborréica, tinea cruris e eritrasma, leucoplasia pilosa por outras causas. A esofagite com quadros clínicos semelhantes, causada por outros agentes, como citomegalovírus ou herpes simples. Dermatite das fraldas. Eczema de contato. Gengivo-estomatite herpética. Difteria.

TRATAMENTO

⇒ **CANDIDÍASE ORAL:** nistatina suspensão ou tabletes, 500.000 a 1 milhão UI, 3 a 5 vezes ao dia, durante 14 dias, uso tópico. Em crianças, utiliza-se a suspensão oral na dose de 1 a 2ml, três vezes ao dia, durante 5 a 7 dias ou até a cura completa. Como tratamento de 2ª escolha ou em pacientes imunocomprometidos, pode ser utilizado: cetoconazol, 200 a 400mg, via oral, uma vez ao dia, para adultos. Em crianças, recomenda-se 4 - 7 mg/kg/dia, via oral, uma vez ao dia, com duração de tratamento entre 7 a 14 dias. Outra opção é fluconazol, 50-100mg, via oral, uma vez ao dia, devendo ser evitado seu uso em crianças.

⇒ **ESOFAGITE EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS:** cetoconazol, 200 a 400mg, via oral, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias. Como 2ª escolha, pode ser utilizado fluconazol, 50 a 100mg/dia, via oral, durante 14 dias, ou anfotericina B, em baixas doses (0,3mg/kg/dia), IV, durante 5 a 7 dias; para crianças, a dose de anfotericina B recomendada é de 0,5mg/kg/dia, IV, durante 7 dias.

⇒ **CANDIDÍASE VULVOVAGINAL:** recomenda-se isoconazol (nitrato), uso tópico, sob a forma de creme vaginal, durante 7 dias ou óvulo, em dose única; como 2ª alternativa, tioconazol pomada ou óvulo em dose única. Outras substâncias também são eficazes: clotrimazol, miconazol, terconazol, tioconazol ou nistatina, em aplicação tópica.

⇒ **CANDIDÍASE MUCOCUTÂNEA CRÔNICA:** cetoconazol ou fluconazol, como 1ª escolha, e anfotericina B para casos mais graves.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a *Candida albicans* está presente na pele e mucosas de



peças saudáveis. Infecção mucocutânea leve é comum em crianças saudáveis e a doença invasiva ocorre em pessoas imunodeprimidas. Vulvovaginite por *Candida* ocorre com frequência em gestantes, podendo ser transmitida ao recém-nascido em útero, durante o parto ou na fase pós-natal.

OBJETIVO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnosticar e tratar precocemente os casos para evitar complicações e nas gestantes reduzir o risco de transmissão perinatal.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratamento precoce dos indivíduos atingidos. Orienta-se a desinfecção concorrente das secreções e artigos contaminados. Sempre que possível, deverá ser evitada antibioticoterapia prolongada de amplo espectro. Cuidados específicos devem ser tomados com uso de cateter venoso, como troca de curativos a cada 48 horas e uso de solução à base de iodo e povidine.



DENGUE

CID-10: A90

DESCRIÇÃO: doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresente: infecção inaparente, dengue clássico (DC), febre hemorrágica do dengue (DH) ou síndrome de choque do dengue (SCD). O DC, em geral, é de início abrupto, com febre alta (39° a 40°), seguida de cefaléia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbitária, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo, hepatomegalia (ocasional), dor abdominal generalizada (principalmente em crianças). Pequenas manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia) podem ocorrer. Dura cerca de 5 a 7 dias, quando há regressão dos sinais e sintomas, podendo persistir a fadiga. No DH e SCD, os sintomas iniciais são semelhantes aos do Dengue Clássico, mas, no terceiro ou quarto dia, o quadro se agrava com sinais de debilidade profunda, agitação ou letargia, palidez de face, pulso rápido e débil, hipotensão com diminuição da pressão diferencial, manifestações hemorrágicas espontâneas (petéquias, equimoses, púrpura, sangramento do trato gastrointestinal), derrames cavitários, cianose e diminuição brusca da temperatura. Um achado laboratorial importante é a trombocitopenia com hemoconcentração concomitante. A principal característica fisiopatológica associada ao grau de severidade da Febre Hemorrágica por Dengue (FHD) é o extravasamento do plasma, que se manifesta através de valores crescentes do hematócrito e da hemoconcentração. Entre as manifestações hemorrágicas, a mais comumente encontrada é a prova do laço positiva. Essa prova consiste em se obter, através do esfigmomanômetro, o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima do paciente, mantendo-se essa pressão por 5 minutos; quando positiva, aparecem petéquias sob o aparelho ou abaixo do mesmo. Se o número de petéquias for de 20 ou mais por polegada (2,3 cm²), essa prova é considerada fortemente positiva. Nos casos graves de FHD, o maior número de casos de choque ocorre entre o 3º e 7º dias de doença, geralmente precedido por dores abdominais. O choque é decorrente do aumento de permeabilidade vascular, seguida de hemoconcentração e falência circulatória. É de curta duração e pode levar ao óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida, após terapia anti-choque.

SINONÍMIA: febre de quebra ossos.

ETIOLOGIA: é um vírus RNA. Arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*, com 4 sorotipos conhecidos: 1, 2, 3 e 4.



VETORES HOSPEDEIROS: os vetores são mosquitos do gênero *Aedes*. Nas Américas, o vírus do dengue persiste na natureza mediante o ciclo de transmissão homem - *Aedes aegypti* - homem. O *Aedes albopictus*, já presente nas Américas e com ampla dispersão na região Sudeste do Brasil, até o momento não foi associado à transmissão do vírus do dengue nas Américas. A fonte da infecção e hospedeiro vertebrado é o homem. Foi descrito, na Ásia e na África, um ciclo selvagem envolvendo o macaco.

MODO DE TRANSMISSÃO: a transmissão se faz pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, no ciclo homem - *Aedes aegypti* - homem. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro suscetível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem por fontes de água ou alimento.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 3 a 15 dias, em média 5 a 6 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: durante o período de viremia, que começa um dia antes da febre até o sexto dia de doença.

COMPLICAÇÕES: choque decorrente do aumento da permeabilidade capilar, seguido de hemoconcentração e falência circulatória.

DIAGNÓSTICO: no DC, o diagnóstico é clínico e laboratorial nos primeiros casos e em seguida, clínico-epidemiológico. O DH e SCD necessitam de uma boa anamnese, seguida de exame clínico com prova do laço (verificar aparecimento de petéquias).

DIAGNÓSTICO: laboratorial.

⇒ **ESPECÍFICO:** isolamento do vírus em culturas (importante realizar, nos primeiros casos de uma área, a identificação do sorotipo do vírus. Depois, realizar, em casos selecionados, vigilância virológica). Sorologia com amostras pareadas: Inibição de Hemaglutinação (IH); Neutralização (N); Fixação de Complemento (FC). O MAC-ELISA (captura de IgM) necessita de uma única amostra, é o melhor exame para a vigilância epidemiológica.

⇒ **INESPECÍFICOS:** DC - leucopenia e, às vezes, trombocitopenia. Na DH, deve-se dar particular atenção à dosagem do hematócrito e hemoglobina para verificação de hemoconcentração, que indica a gravidade do caso e orienta a terapêutica. Ocorrem alterações no coagulograma (aumento do tempo de protombina, tromboplastina parcial e trombina), diminuição do fibrinogênio, fator VIII e XII, antitrombina e a - antiplasmina. Albumina baixa e ocorrem alterações de enzimas hepáticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DC: gripe, rubéola, sarampo. DH e SCD - infecções virais e bacterianas, choque endotóxico, leptospirose, febre amarela, hepatites infecciosas e outras febres hemorrágicas.

TRATAMENTO: DC: sintomáticos (não usar ácido acetil-salicílico). FHD: alguns sinais de alerta precisam ser observados: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia



dolorosa, derrames cavitários, sangramentos importantes, hipotensão arterial (PA sistólica \leq 80mm Hg, em $<$ 5 anos; PA sistólica \leq 90mm Hg, em $>$ 5 anos), diminuição da pressão diferencial (PA sistólica - PA diastólica \leq 20mm Hg), hipotensão postural (PA sistólica sentado - PA sistólica em pé com diferença maior que 10mm Hg), diminuição da diurese, agitação, letargia, pulso rápido e fraco, extremidades frias, cianose, diminuição brusca da temperatura corpórea associada à sudorese profusa, taquicardia, lipotimia e aumento repentino do hematócrito. Aos primeiros sinais de choque, o paciente deve ser internado imediatamente para correção rápida de volume de líquidos perdidos e da acidose. Durante uma administração rápida de fluidos, é particularmente importante estar atento a sinais de insuficiência cardíaca.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

- ⇒ **NAS AMÉRICAS:** o dengue tem sido relatado nas Américas há mais de 200 anos. Na década de 50, a febre hemorrágica do dengue - FHD foi descrita, pela primeira vez, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a circulação do vírus do dengue intensificou-se nas Américas. A partir de 1963, houve circulação comprovada dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido nas Américas, inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países, aumentando consideravelmente a magnitude do problema. Cabe citar: Brasil (1982/1986-1996), Bolívia (1987), Paraguai (1988), Equador (1988), Peru (1990) e Cuba (1977/1981). A FHD afetou Cuba em 1981 e foi um evento de extrema importância na história da doença nas Américas. Essa epidemia foi causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de febre hemorrágica do dengue ocorrido fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989, e, em 1990/1991, alguns casos foram notificados no Brasil (Rio de Janeiro), bem como em 1994 (Fortaleza - Ceará).
- ⇒ **NO BRASIL:** há referências de epidemias em 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, sem diagnóstico laboratorial. A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista - Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4. A partir de 1986, foram registradas epidemias em diversos estados. A mais importante ocorreu no Rio de Janeiro onde, pelo inquérito sorológico realizado, estima-se que pelo menos 1 milhão de pessoas foram afetadas pelo sorotipo DEN 1, nos anos 1986/1987. Outros estados (Ceará, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Tocantins, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) notificaram surtos no período de 1986/1993. A introdução do sorotipo 2 foi detectada em 1990, no estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, foi identificado também em Tocantins, Alagoas e Ceará. Atualmente existe transmissão de dengue em 24 estados, com circulação simultânea dos sorotipos Den 1 e Den 2 em 12 deles. Os casos de FHD registrados no estado do Rio de Janeiro após a introdução do sorotipo 2 (foram confirmados 462 casos e 8 óbitos em 1990/91), de uma forma geral, não apresentaram manifestações hemorrágicas graves, não necessitando portanto de internação hospitalar. O atendimento ambulatorial permitiu acompanhar os pacientes e orientá-los em relação à procura de assistência médica. A faixa etária mais atingida foi a de maiores de 14 anos. De 1991 a 1998 já se registrou



casos da FHD em mais de 8 estados brasileiros. A tendência é de franco crescimento e expansão das áreas de circulação dos vírus, em virtude da densidade e dispersão do mosquito transmissor, presente em grande número de municípios brasileiros.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: evitar a ocorrência da doença através do combate ao mosquito transmissor.

NOTIFICAÇÃO: é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, principalmente quando se trata dos primeiros casos de DC diagnosticados em uma área, ou quando se suspeita de DH.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** DC: paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*. DH: paciente que apresenta também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e outros. A ocorrência de pacientes com manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva à suspeita de síndrome de choque (SCD).

⇒ **CONFIRMADO:** DC: o caso confirmado laboratorialmente. No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita através de critérios clínico-epidemiológicos, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial. DH: é o caso em que todos os critérios abaixo estão presentes: febre ou história de febre recente de 7 dias ou menos; trombocitopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$); tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras e sangramentos de mucosas, do trato gastrointestinal e outros; extravasamento de plasma devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito apresentando um aumento de 20% sobre o basal, na admissão; ou queda do hematócrito em 20%, após o tratamento; ou presença de derrame pleural, ascite e hipoproteinemia. SCD: é o caso que apresenta todos os critérios de DH mais evidências de choque.

MEDIDAS DE CONTROLE: a única medida de controle é a eliminação do mosquito transmissor. Para isso fazem-se necessárias ações de saneamento ambiental, educação em saúde para diminuir os criadouros das larvas do *Aedes aegypti* (vasos de plantas, poças de água, vasilhas, pneus, etc.) e o combate químico, através do uso de inseticidas, nas áreas infestadas.



DERMATITE DAS FRALDAS

CID-10: L22

DESCRIÇÃO: é uma dermatite de contato por irritação primária, caracterizada por irritação na pele, causada pelo contato com a urina e as fezes retidas pelas fraldas. As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritemato-papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas. Frequentemente surge infecção secundária por *Candida* ou por bactérias como *Bacillus faecalis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. O uso de pós, óleos, sabões e pomadas irritantes agravam o quadro clínico.

SINONÍMIA: dermatite amoniacal.

ETIOLOGIA: o uso da fralda ocasiona aumento da temperatura e da umidade local, com conseqüente maceração da pele que se torna mais susceptível à irritação ocasionada pelo contato da urina e das fezes com a pele da região coberta pelas fraldas.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária pelos germes acima relacionados.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: candidíase, eczema de contato alérgico, eczema seborréico, eczema tópico, psoríase.

TRATAMENTO: cuidados higiênicos, troca freqüente de fraldas ou retirada das mesmas. Limpeza da região e aplicação de pasta de óxido de zinco ou pasta d'água nas trocas de fraldas. Nos casos mais agudos uso de cremes à base de hidrocortisona; e nistatina ou antimicóticos imidazólicos na suspeita de contaminação por *Candida*.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: dermatose da área de fralda que acomete a criança de 0 a 2 anos.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene adequada dos bebês e troca rotineira de fraldas.



CID-10: A22

DOENÇA DE LYME

DESCRIÇÃO: zoonose causada por espiroqueta transmitida por carrapato, caracterizada por lesão cutânea iniciada por uma pequena mácula ou pápula vermelha que aumenta lentamente, tomando uma forma anular. Em geral é única podendo ser múltipla e é denominada de *eritema crônico migratório*. Quando atinge 5 cm, é importante para a suspeita diagnóstica e alerta à vigilância epidemiológica. Manifestações gerais, como mal-estar, febre, cefaléia, rigidez de nuca, mialgias, artralgias migratórias e linfadenopatias, podem durar várias semanas ou mais, quando não é instituído tratamento. Semanas ou meses após o início do eritema crônico migratório, podem surgir manifestações neurológicas precoces, como: meningite asséptica, neurites de pares craneanos, paralisia facial, coréia, ataxia cerebelosa, radiculoneurite, motora ou sensitiva, mielite e encefalite. Essas manifestações são flutuantes e podem durar meses ou se tornarem crônicas. Distúrbios cardíacos, também, podem aparecer após poucas semanas do eritema crônico migratório, como bloqueio atrioventricular, miocardite aguda ou aumento da área cardíaca. Meses após os sintomas iniciais, podem surgir edemas articulares, principalmente dos joelhos, que desaparecem e reaparecem durante vários anos. A doença pode ficar latente por longos períodos, após os quais apresenta manifestações neurológicas crônicas tardias, como encefalopatias, polineuropatia ou leucoencefalite. No líquido cefalorraquidiano, encontram-se pleocitose linfocítica e proteínas elevadas.

SINONÍMIA: borreliose de Lyme; meningopolineurite por carrapatos, eritema migratório.

ETIOLOGIA: *Borrelia burgdorferi*.

RESERVATÓRIO: carrapatos do gênero *Ixodes*. Alguns roedores mantêm o ciclo silvestre (*Peromyscus*).

MODO DE TRANSMISSÃO: adesão dos carrapatos à pele e sucção de sangue por 24 horas ou mais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: o aparecimento do eritema crônico migratório varia de 3 a 32 dias após a exposição aos carrapatos. Se não houver a lesão cutânea na fase inicial, ainda assim a doença sistêmica pode se manifestar anos mais tarde.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se transmite de pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: alterações neurológicas, cardíacas, articulares, oftálmicas e fetais.



DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Utiliza-se a imunofluorescência indireta, ELISA e Western Blot. Como ainda não foram bem padronizados, a interpretação dos testes deve ser cautelosa, pois pacientes que recebem tratamento precoce podem apresentar sorologia negativa. A sensibilidade dessas provas aumenta nas fases mais crônicas de pacientes que não foram tratados; pode haver falso negativo em pacientes crônicos. Podem ocorrer reações cruzadas com sífilis, febre maculosa, febre recorrente, HIV, mononucleose infecciosa e lupus eritematoso. A *Borrelia burgdorferi* é isolada de material de biópsia das lesões eritema crônico migratório em, aproximadamente, 50% dos casos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uveítes, coroidites, encefalites, artrites e cardites por outras etiologias.

TRATAMENTO: as lesões cutâneas nos adultos são tratadas com doxicilina, 100mg (2 vezes ao dia), ou amoxicilina, 500mg, VO, (4 vezes ao dia), durante 2 semanas. Se as lesões são disseminadas, prolongar o tratamento por 3 ou 4 semanas. Em crianças, usar 50mg/kg/dia, VO, de amoxicilina fracionada em 4 vezes ao dia. Em indivíduos alérgicos, usar eritromicina ou cefuroxima. As artrites também respondem a ciclos de tratamento com os antibióticos citados por 4 semanas, via oral, acrescidos de probenecid. Nas manifestações neurológicas, usar ceftriaxona, 2g/dia, 3 a 4 semanas, com 2g de ceftriaxona, 1 vez ao dia, ou 20 milhões de UI de penicilina cristalina (fracionadas em 6 doses diárias), IV. Usar corticosteróides nos pacientes que não melhorem após 24 horas de antibioticoterapia.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: endêmica na costa Atlântica dos Estados Unidos, que vai desde Massachusetts até Maryland, com outros focos em expansão e casos notificados em 47 estados daquele país. No Brasil, focos já foram detectados em São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Amazonas.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção e tratamento de focos através da investigação de casos suspeitos ou confirmados.

NOTIFICAÇÃO: doença rara em território brasileiro, agravo inusitado, sendo portanto, de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: investigação epidemiológica com busca ativa de casos e verificação da extensão da área onde os carrapatos transmissores estão presentes (delimitação dos focos). Ações de educação em saúde sobre o ciclo de transmissão para impedir que novas infecções ocorram e evitar que os indivíduos transitem onde houver suspeita da existência dos carrapatos. Orientar os moradores e/ou trabalhadores da área: proteção do corpo com roupas claras de mangas compridas, uso de repelentes nas partes descobertas da pele e nas bordas das roupas. Observação constante (4/4 hs.) da pele em busca dos transmissores e eliminação imediata dos mesmos. A retirada dos carrapatos deve ser feita com as mãos protegidas (luvas ou sacos plásticos), com o uso de pinças com trações suaves e constantes, evitando-se o maceramento do corpo do artrópodo ou a permanência da boca na pele do indivíduo. Os casos suspeitos e/ou confirmados devem ser tratados visando redução dos danos causados pela doença. As medidas para redução das populações de carrapatos em animais não têm sido efetivas. Não há indicação de isolamento dos pacientes. Atualmente já há vacina.



CID-10: L08.0

ECTIMA

DESCRIÇÃO: infecção bacteriana mais profunda que o impetigo. Ocorre preferencialmente nos membros inferiores, havendo uma ou mais lesões. A lesão inicial, efêmera, é uma vesícula ou vésico-pústula que evolui com formação de úlcera superficial que logo forma crosta seca, dura e aderente. As lesões ocorrem mais freqüentemente nas pernas e pés. Podem curar com ou sem cicatrização. Tem duração de semanas ou meses.

SINONÍMIA: piodermite.

ETIOLOGIA: causada pelo *Streptococcus* do grupo A ou *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: pessoa a pessoa.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral de quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão ativa.

COMPLICAÇÕES: septicemias.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: úlceras de perna, leishmaniose cutânea, herpes simples e úlcera tropical.

TRATAMENTO: remoção das crostas e limpeza, duas a três vezes ao dia, com água e sabão, ou água Dalibour ou permanganato de potássio 1/40.000, ou água boricada a 2%. Em seguida aplica-se pomada de antibióticos tipo neomicina, mupirocina, gentamicina. Se necessário introduzir eritromicina via oral na dose de 30-50mg/kg/dia dividida de seis em seis horas; cefalexina 30 a 50mg/kg/dia dividida em quatro tomadas, ou penicilina benzatina.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, incide com maior frequência em áreas com precárias condições de higiene pessoal. É mais frequente no verão. Na região Norte é muito freqüente durante o período da chuva

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal, em especial lavagem de mãos, desinfecção de ferimentos e machucados banais. Tratamento imediato dos casos iniciais.



ECZEMAS

CID-10: L30.9

DESCRIÇÃO: processo inflamatório da pele com características clínicas e histopatológicas bem definidas. As dermatites eczematosas mais freqüentes são o eczema tópico e o eczema de contato.

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** de caráter alérgico hereditário, freqüentemente associada a manifestações de asma, rinite e urticária. Esta dermatose assume características peculiares em três períodos: infantil, pré-puberal e adulto. Em aproximadamente 80% dos pacientes, o eczema atópico, manifesta-se no primeiro ano de vida. No eczema atópico infantil observam-se lesões vésico-secretantes, crostosas, localizadas preferencialmente nas regiões malares, podendo se estender para toda a face, couro cabeludo, superfícies extensoras dos membros superiores ou inferiores, ou mesmo generalizar-se. O prurido pode variar de moderado a intenso. O Eczema pré-puberal caracteriza-se pelo acometimento de dobras cutâneas (pregas cubitais, poplíteas, pescoço, punhos, tornozelos e unguinais), com lesões eritematosas, podendo haver espessamento da pele (liquenificação). De um modo geral essa dermatose evolui em surtos tendendo a melhorar com o passar dos anos. O eczema tópico do adulto é semelhante ao pré-puberal, com acometimento também das áreas periorbitárias e periorbiculares.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** reação inflamatória de pele desencadeada por agentes externos, decorrente de dois mecanismos etiopatogênicos: por irritação primária ou por sensibilização. Caracteriza-se por lesões eritemato-vesico-exsudativas, crostosas ou liquenificadas, dependendo da fase evolutiva. Não existem áreas preferenciais de acometimento, estando relacionadas com a presença do irritante ou alérgeno. Nos casos de sensibilização, podem surgir lesões à distância da área de contato.

SINONÍMIA: dermatite.

ETIOLOGIA

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** ainda não está bem determinada, podendo-se notar correlação com mecanismos imunológicos e/ou não imunológicos. Há relação familiar com rinite e asma.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** é uma reação inflamatória da pele desencadeada por agentes externos.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias por diversos agentes.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** dermatite seborréica, dermatite das fraldas, dermatite de contato e micoses superficiais.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** dermatite seborréica, dermatite atópica e micoses superficiais.

TRATAMENTO

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** baseia-se fundamentalmente nos tópicos a seguir relacionados:

- orientação aos familiares sobre o caráter crônico e recorrente da doença, da necessidade de afastar-se substâncias tais como sabões, sabonetes e detergentes e que a sudorese constitui-se em fator irritante;
- afastar alérgenos tais como a poeira domiciliar, vestuário de lã e tecidos sintéticos, tapetes, colchões e travesseiros de pena, contatos com animais e brinquedos de pêlo;
- usar roupa de algodão. Evitar lã e tecidos sintéticos em contato com a pele;
- hidratação da pele com cremes e pomadas;
- as infecções secundárias podem ser tratadas com antibiótico tópico (mupirocina, ácido fusídico, gentamicina) ou sistêmico (eritromicina, cefalosporinas).

→ Tópico

- **Fase aguda:** compressas com soro fisiológico; e cremes de corticosteróides quando diminuir a exudação.
- **Fase subaguda:** corticosteróides em cremes, de preferência preparados menos potentes: hidrocortisona, desonida.
- **Fase crônica:** corticosteróides sob a forma de pomada.

→ **Sistêmico:** visa a redução do prurido, relaxamento do paciente e o controle da infecção cutânea.

- **Antihistamínicos:** hidroxizina, na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, para crianças e 25-50mg, duas vezes ao dia para adultos ou dextroclorfeniramina na dose de 2mg, três vezes ao dia, ou 6mg ao deitar, para adultos, e 1/2 a 5mg, três vezes ao dia para crianças de dois a seis anos e 1,0mg, três vezes ao dia, para crianças de seis a 12 anos, ou clemastina ou ciproheptadina nas doses preconizadas, devido a ação sedante.
- **Corticosteróides sistêmicos:** nos casos extensos, por um período que não ultrapasse 10 dias.



- . Tranquilizantes.
- . Antibióticos

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** afastar substâncias irritantes ou alergênicas. Na fase aguda usar compressas ou banhos com substâncias antissépticas (permanganato de potássio na diluição de 1:40.000) e **cremes** de corticóides. Na fase sub-aguda e crônica - uso de **pomadas** de corticóides. Usar antibiótico na vigência de infecção secundária.

Observação: o emprego contínuo e em áreas extensas de corticosteróide tópico pode produzir efeitos nocivos à pele e ao organismo por sua absorção percutânea; vide o capítulo com recomendações para uso de corticosteróides.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** ocorre predominantemente em crianças de 0 a 2 anos de idade.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** ocorre em qualquer faixa etária.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: observar as recomendações no tratamento.



CID-10: A46

ERISPELA

DESCRIÇÃO: infecção aguda da pele envolvendo a derme e o subcutâneo, que se caracteriza por febre, anorexia, calafrios, outros sintomas gerais, leucocitose e lesão cutânea em placa eritematosa, edematosa e dolorosa. Dessa placa podem ter origem faixas eritematosas ao longo do trajeto de vasos linfáticos (linfangites). Existe adenite satélite à região comprometida. Vesículas e bolhas podem ser observadas - erisipela bolhosa. As áreas comprometidas são em geral membros inferiores, face ou abdome.

SINONÍMIA: mal-do-monte, esipra.

ETIOLOGIA: os estreptococos são os beta-hemolíticos do grupo A. Muito raramente, quadros clínicos semelhantes podem ser produzidos por *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: a penetração do estreptococo na pele ocorre por soluções de continuidade. São portas de entrada frequentes nos membros inferiores as úlceras de perna e dermatomicoses interdigitais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: um a três dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não é transmitida pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: linfedema ou elefantíase como consequência dos surtos recidivantes.

DIAGNÓSTICO: clínico e laboratorial. Este último em geral é desnecessário.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: erisipelóide (quadro que surge em ponto de inoculação, em geral de um ferimento resultante de manuseio de carne de peixe contaminada, porco e outros animais); dermatite de contato (história clínica e a localização orientam quanto a um agente sensibilizante).

TRATAMENTO: repouso no leito é essencial, principalmente quando é acometido o membro inferior, que deve ser mantido elevado. A droga de escolha é a penicilina procaína na dose de 400.000UI, de 12 em 12 horas por dez dias, ou em pacientes alérgicos eritromicina na dose de 30 a 50mg/kg/dia, dividida de seis em seis horas, por sete a dez dias e cefalexina na dose de 30 a 50/mg/kg/dia, de seis em seis horas, de sete a dez dias. Quadros graves podem necessitar de penicilina cristalina (IV) associada a oxacilina ou vancomicina. Após a fase aguda, para evitar recaídas, é conveniente



administrar penicilina benzatina por período prolongado, se necessário, o paciente deve ser afastado do trabalho ou hospitalizado. Quando houver edema residual orientar para uso de meias elásticas. Referenciar ao angiologista quando houver comprometimento venoso.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: infecção universal, não tendo prevalência maior em determinado grupo etário. Doenças vasculares, doenças debilitantes, má nutrição, usuários de drogas e álcool e traumas são considerados fatores de risco. Pode haver surtos de erisipela numa mesma região - erisipela recidivante.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: 2.400.000 UI, de 20 em 20 dias, durante um ano para evitar a reinfecção, ou pode-se aplicar uma dose de 1.200.000 UI (IM) de penicilina benzatina, a cada três semanas, por um período de 5 anos no mínimo. As pessoas alérgicas devem fazer uso de sulfametoxazol mais trimetoprima ou ainda sulfisoxazol.



CID-10: B86

ESCABIOSE

DESCRIÇÃO: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

SINONÍMIA: sarna, coruba, jareré, pereba, pira.

ETIOLOGIA: *Sarcoptes scabiei*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com doentes, roupa de cama de doente, relações sexuais. O ácaro pode perfurar e penetrar na pele em, aproximadamente, 2,5 minutos. Os doentes com sarna norueguesa são altamente infectantes, possuindo grande quantidade do ácaro nas escamas da pele.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 1 dia a 6 semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: durante todo o período de doença. São necessários, geralmente, dois ciclos de tratamento, com intervalo de uma semana.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias pela “coçadura”. Em pacientes imunocomprometidos, as lesões formam crostas espessas ou dermatite generalizada, com intensa descamação. Essa forma também pode ocorrer em idosos, nos quais o prurido é menor ou não existe. A forma crostosa ou generalizada é denominada de sarna norueguesa (ou sarna crostosa). Nesses casos é grande a quantidade de parasitos.

DIAGNÓSTICO: clínico e/ou com visualização do ácaro à microscopia pelo raspado ou biópsia de pele.

TRATAMENTO: Ivermectina, dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal (15 a 24 kg - 1/2 comprimido; 25 a 35 kg - 1 comprimido; 36 a 50 kg - 1 1/2 comprimidos; 51 a 65kg - 2 comprimidos; 65 a 79 kg - 2 1/2 comprimidos; 80 kg ou mais, 3 comprimidos ou 200 mg/kg), a dose pode ser repetida após uma semana. Permetrima a 5% em creme, uma aplicação à noite, por 6 noites, ou deltametrina, em loções e shampoos, uso diário por 7 a 10 dias. Enxofre a 10%



diluído em petrolatum deve ser usado em mulheres grávidas e crianças abaixo de 2 anos de idade. Pode-se usar anti-histamínicos sedantes (dexclorfeniramina, prometazina), para alívio do prurido. Havendo infecção secundária, utiliza-se antibioticoterapia sistêmica. Evitar a iatrogenia utilizando o escabicida repetidas vezes. Considerar fracasso terapêutico a presença de sinais e sintomas após 2 semanas. Se os sintomas reaparecerem após 4 semanas, considerar reinfestação;

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: tem ocorrência universal e pode ou não estar vinculada a hábitos de higiene. É freqüente em guerras e em aglomerados populacionais. Geralmente, ocorre sob a forma de surtos em comunidades fechadas ou em grupos familiares.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: manter a doença sob controle, evitando surtos.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratamento do doente; lavar as roupas de banho e de cama com água quente (pelo menos a 55°C); lavar com água quente todos os fômites dos pacientes com sarna norueguesa; buscar casos na família ou nos residentes do mesmo domicílio do doente e tratá-los o mais breve possível. A escabiose, raramente, vem como caso isolado, por esse motivo tratar as pessoas que tiveram contato cutâneo com o doente. Isolamento: deve-se afastar o indivíduo da escola ou trabalho até 24 horas após o término do tratamento. Em caso de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes, quanto para profissionais de saúde, especialmente em se tratando da sarna norueguesa.



CID-10: L28.2

ESTRÓFULO

DESCRIÇÃO: dermatose desencadeada por picadas de insetos (pulgas, mosquitos e formiga), ocorrendo nos primeiros anos de vida, principalmente em crianças atópicas. Caracteriza-se por lesões papulosas encimadas por vesícula central e lesões pápulo crostosas, escoriadas, geralmente em áreas expostas. O prurido geralmente é intenso e a evolução dá-se em surtos que coincidem com picada do inseto. Infecção secundária é frequente. A manifestação do estrófulo independe de fatores hereditários, sexo ou cor. No adulto, pode estar associado a neoplasias malignas ou imunodepressão (aids).

SINONÍMIA: prurigo agudo infantil.

ETIOLOGIA: toxinas de insetos associadas à pré-disposição constitucional.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: escabiose, miliária, disidrose, varicela.

TRATAMENTO

⇒ **TÓPICO:** corticosteróides; antibióticos tópicos quando houver infecção secundária.

⇒ **SISTÊMICO:** dexclorfeniramina - adultos: 2mg 3 vezes ao dia ou 6mg ao deitar. Crianças: 2 - 6 anos: 0,5mg 3 vezes ao dia. 6 - 12 anos: 1,0mg 3 vezes ao dia. Corticosteróide sistêmico - nos surtos mais agudos. Prednisona - dose de 1mg/kg/dia - apresentação em comprimidos de 5 e 20 mg, por períodos limitados.

Observação: vide o capítulo com recomendações para uso de corticosteróides.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: acomete principalmente crianças.



OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: uso de repelentes, mosquiteiros e roupas adequadas, que protejam as pernas. Em pacientes atópicos não é recomendado o uso prolongado de repelentes.



CID-10: L73

FOLICULITES

DESCRIÇÃO: foliculites são piodermites que se iniciam no folículo piloso.

⇒ **FOLICULITE SUPERFICIAL:** forma particular de impetigo que se apresenta como pequena pústula folicular, que após ruptura e dissecação forma crosta, que não interfere no crescimento do pelo ou cabelo. As lesões são geralmente numerosas, localizando-se em geral no couro cabeludo, extremidades, pescoço, tronco e mais raramente nas nádegas. As lesões podem ter duração de alguns dias ou tornar-se crônicas.

⇒ **HORDÉOLO:** é a foliculite dos cílios e glândulas de Meibomius que se caracteriza por edema intenso devido à frouxidão do tecido palpebral.

⇒ **SICOSE DA BARBA:** a lesão é pústula folicular centralizada por pêlo podendo ocorrer placas vegetantes e infiltradas. A sicosose da barba não interfere com o crescimento dos pêlos.

SINONÍMIA: cabeça de prego (foliculite superficial), ou tersol (hordéolo).

ETIOLOGIA: habitualmente é o *Staphylococcus sp.*, coagulase positivo. Outros agentes não bacterianos também podem provocar foliculite.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: raramente transmitida de pessoa a pessoa.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Geralmente de quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão habitada.

COMPLICAÇÕES: celulite; erisipela, hipo ou hiperpigmentação residual em pacientes de pele morena.

DIAGNÓSTICO: clínico. Quadros que não respondem ao tratamento adequado devem ser avaliados com bacterioscopia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: foliculite eosinofílica: o quadro evolui por surtos de lesões papulosas e pustulosas com localização folicular e extrafolicular afetando a face, extremidades e porção superior do tronco. Há prurido discreto e após a regressão manchas hipercrômicas. A confirmação diagnóstica é histológica e há uma forte associação com a AIDS. Pseudo-foliculite da barba e



virilha: as lesões surgem sempre após o ato de barbear-se e decorrem de encravamento de pêlos. A da virilha é mais comum nas mulheres, conseqüente ao hábito de depilarem-se.

TRATAMENTO: tratamento tópico é realizado com pomadas de antibiótico (neomicina, mupirocina, ou gentamicina). Tratamento sistêmico, com antibióticos: eritromicina na dose de 40mg/kg/dia, dividida de seis em seis horas; tetraciclina - adultos 2g por dia; e cefalexina - 30-50mg/kg/dia fracionada de seis em seis horas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doenças universais, que incidem em todas as idades. As foliculites superficiais são mais comuns em crianças, as sicoses nos adultos e as profundas ocorrem em qualquer idade. Fatores como calor e alta umidade, má-higiene, vestuário de material inadequado e colado ao corpo, imunossupressão, uso de corticosteróides tópicos e antibioticoterapia sistêmica são considerados fatores de risco.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal adequada. Restrição dos objetos de uso pessoal. Sabonetes antibacterianos e uso prolongado de antibióticos tópicos estão indicados.



CID-10: L02.9

FURÚNCULO

DESCRIÇÃO: infecção estafilocócica do folículo piloso e da glândula sebácea, comprometendo o tecido celular subcutâneo próximo. Caracteriza-se por nódulo eritematoso, pustuloso, quente e doloroso que acaba por flutuar e romper-se eliminando conteúdo necrótico (carnegão) e purulento. A concomitância de vários furúnculos em múltiplas localizações denomina-se furunculose, e pode ser decorrente de complicações de dermatoses secundariamente infectadas, como a pediculose e escabiose. A ocorrência de vários furúnculos na mesma localização denomina-se antraz. Recorrências de furúnculo podem ocorrer por meses ou anos tornando-se problema de difícil resolução clínica. São mais freqüentes na face, pescoço, axilas, coxas e nádegas que são áreas mais pilosas e sujeitas a sudorese mais intensa.

SINONÍMIA: frunco, leicença.

ETIOLOGIA: *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem, em raras ocasiões, os animais.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato com indivíduos com lesão purulenta (fonte mais comum de propagação epidêmica) ou portador assintomático. As mãos são o meio mais importante para transmitir a infecção. 20 a 30% da população geral é portadora nasal de *Staphylococcus* positivos para a coagulase. A autoinfecção é responsável por um terço das infecções. A fonte mais comum de propagação epidêmica são as lesões supurativas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral 4 a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver *Staphylococcus* na lesão ou na orofaringe dos portadores assintomáticos.

COMPLICAÇÕES: a infecção destrói os anexos da pele e deixa cicatriz, principalmente quando as lesões são “espremidas para tirar o carnegão.” Raramente septicemias podem ocorrer.

DIAGNÓSTICO: baseia-se na história clínica e exame dermatológico. Exames complementares como bacterioscopia e cultura são desnecessários.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hidradenite - infecção crônica supurativa com períodos de remissão e exacerbações geralmente em axilas e região inguino-crural. Miíase: o nódulo causado pela penetração da larva é menos inflamatório e tem na parte central um orifício por onde a larva



sai após atingir a maturidade. Foliculite necrotizante: as lesões são menores, em grande número no couro cabeludo e áreas seborréicas.

TRATAMENTO

- ⇒ **TÓPICO:** os antibióticos como a neomicina, bacitracina, mupirocina ou ácido fusídico e a drenagem quando a lesão apresenta flutuação, são curativos.
- ⇒ **SISTÊMICO:** eritromicina na dose de 30 a 40mg/kg/dia, dividida de 6 em 6 horas, tetraciclina na dose de 20 a 40mg/kg/dia, dividida de 6 em 6 horas ou 2g/dia para adultos, sulfametoxazol+trimetropina - 800mg e 160mg respectivamente a cada 12 horas em adultos. Em crianças a dose é 20 a 30/mg/kg/dia calculada em relação ao sulfametaxazol. Em furunculoses de repetição recomenda-se o uso de mupirocina tópico durante sete dias na cavidade nasal, na região retro-auricular, nos sulcos interdigitais dos pés e mãos, axilas, períneo e na região peri-anal.
- ⇒ **OUTROS:** sabonetes antibacterianos e antibióticos tópicos no nariz e unhas podem ser empregados no tratamento da furunculose recidivante, para evitar a colonização de portadores assintomáticos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal. A obesidade, higiene precária, história familiar, diabete *mellitus* e quadros de imunodepressão são considerados fatores de risco.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: vestes e objetos de uso pessoal devem ser mantidos separados e limpos, se possível com trocas de roupas diárias. As mãos e a face do paciente devem ser rigorosamente limpas, devendo-se usar sabões desinfetantes. É conveniente manter secas as regiões do corpo habitualmente úmidas. Pacientes obesos e/ou que têm pêlos encravados e/ou com hiperhidroses devem procurar tratamento específico. Devem ser evitados uso de roupas apertadas e contato da pele com óleos de maneira geral. Orientar para evitar a drenagem e expressão excessiva da lesão sem orientação médica.



CID-10: A54

GONORRÉIA

DESCRIÇÃO: doença infecciosa do trato urogenital, de transmissão por via sexual, que pode determinar desde infecção assintomática até doença manifesta, com alta morbidade. Após contato sexual suspeito e vencidas as barreiras naturais da mucosa, ocorrerá a evolução para a doença. Instaura-se um processo localizado que poderá desenvolver complicações no próprio aparelho urogenital ou à distância, provocando alterações sistêmicas. Clinicamente, a gonorréia apresenta-se de forma completamente diferente no homem e na mulher. Há uma proporção maior de casos em homens, sendo que, em 70% dos casos femininos, a gonorréia é assintomática.

⇒ **GONORRÉIA NO HOMEM:** não complicada é representada por um processo inflamatório da uretra anterior. Inicia com prurido discreto junto ao meato urinário e fossa navicular, com o desenvolvimento de um eritema localizado; logo após, surge um corrimento inicial claro que, gradativamente, torna-se purulento. O corrimento é acompanhado de ardor e urgência miccional.

⇒ **GONORRÉIA NA MULHER:** o quadro é oligossintomático, caracterizado por um corrimento escasso, leitoso, muitas vezes não percebido pela paciente, chegando a mais de 70% o número de portadoras assintomáticas. O canal endocervical é o local prioritário da infecção gonocócica. A presença de diplococos intra e extracelulares sela o diagnóstico, mas, nas mulheres, é necessário o cultivo em meios especiais, como o Thayer-Martin modificado. Os sintomas podem se confundir com as infecções do trato genital inferior e caracterizam-se pelo aumento da frequência urinária, disúria e secreção vaginal mucóide ou francamente purulenta. O colo apresenta-se edemaciado, com ectopia acentuada. O corrimento torna-se irritativo, podendo levar ao edema de grandes e pequenos lábios e, conseqüentemente, dispareunia. Os recém-nascidos de mães doentes ou portadoras podem apresentar conjuntivite gonocócica por contaminação no canal de parto.

SINONÍMIA: blenorragia, blenorréia, esquentamento, pingadeira, purgação, fogagem, gota matutina, gono, uretrite gonocócica.

ETIOLOGIA: *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato sexual.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: geralmente, entre 2 e 5 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: pode durar de meses a anos, se o paciente não for tratado. O tratamento eficaz rapidamente interrompe a transmissão.

COMPLICAÇÕES: no homem, dependendo da extensão da infecção às glândulas anexas, poderão ocorrer complicações, como balanopostite, colpíte, prostatite, epididimite e orquite. A orqui-epididimite poderá provocar a diminuição da fertilidade, levando até a esterilidade. Poderá também evoluir para quadros sistêmicos, caracterizando a gonococemia com todas as suas manifestações, como a artrite gonocócica, a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (peri-hepatite gonocócica) e complicações cardíacas e nervosas. Na mulher, quando a gonorréia não é tratada, a infecção ascendente de trompas e ovários pode caracterizar a chamada doença inflamatória pélvica (DIP), que é a mais importante complicação da infecção gonocócica na mulher. A DIP pode estar relacionada com endometrite, salpingite, peritonite. Alterações tubárias podem ocorrer como complicação dessa infecção, levando 10% dos casos à oclusão tubária e à infertilidade. Naqueles em que não há obstrução, o risco é o desenvolvimento de gravidez ectópica. Gonorréia disseminada: cerca de 2% dos pacientes não tratados vão evoluir com disseminação da infecção, manifestando artralgia, mialgia, artrite simétrica e lesões dermatológicas características. Inicialmente, ocorrem vasculites sépticas que progridem para pústulas necróticas, com preferência pelas extremidades. A febre é baixa e a alteração mais freqüente é a poliartrite; em alguns casos pode ocorrer tenossinovite dolorosa de extremidades. Ocasionalmente, a gonorréia provoca complicações, como endocardite e meningite.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Este último é feito através do isolamento do agente, ou pela coloração com gram ou pelos métodos de cultivo. No exame bacterioscópico dos esfregaços, devem ser observados cocos gram negativos, arranjados aos pares. A cultura também é útil.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uretrite não gonocócica por *Chlamydia*, ureaplasma, tricomoníase, infecção do trato urinário, vaginose por *Gardnerella*, artrite séptica bacteriana.

TRATAMENTO: deve ser utilizada uma das opções a seguir: ofloxacina, 400mg, VO, dose única; tianfenicol granulado, 2,5g, VO; ciprofloxacina, 500mg, VO; ceftriaxona, 250mg, IM; cefotaxima, 1g, IM; espectinomicina, 2mg, IM. Deve-se estar atento ao aumento gradual da resistência da *Neisseria gonorrhoea* às penicilinas. No Brasil, são escassos os estudos realizados sobre esse aspecto. No mundo, há evidências de altos índices de resistência desse agente à antibioticoterapia convencional. O Ministério da Saúde recomenda tratar simultaneamente gonorréia e clamídia, com ciprofloxacina - 500mg, dose única mais azitromicina - 1g, dose única, ou doxiciclina - 100mg, de 12/12 horas, por sete dias.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, que afeta ambos os sexos, principalmente adultos jovens sexualmente ativos.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: interromper a cadeia de transmissão através de detecção e tratamento precoces dos casos e dos seus parceiros (fontes de infecção); prevenir novas ocorrências por meio de ações de educação em saúde.



NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória nacional. Os profissionais de saúde devem observar as normas e procedimentos de notificação e investigação de estados e municípios. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, está implantando um sistema de fontes de informações específicas para as DST, visando o aprimoramento de seu controle.

MEDIDAS DE CONTROLE: a) Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados; b) Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente, fazendo com que ele discrimine as possíveis situações de risco presentes em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos; c) Promoção do uso de preservativos - método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST; d) Convite aos parceiros para aconselhamento e promoção do uso de preservativos (deve-se obedecer aos princípios de confiabilidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação); e) Educação em saúde, de modo geral. **Observação:** As associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. Toda doença sexualmente transmissível constitui-se em evento sentinela para busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.



HANSENÍASE

CID-10: A30

DESCRIÇÃO: doença infecto-contagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen. Esse bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas (alta infectividade), mas poucos adoecem, (baixa patogenicidade). O poder imunogênico do bacilo é responsável pelo alto potencial incapacitante da hanseníase.

DEFINIÇÃO DE CASO: um caso de hanseníase, definido pela Organização Mundial de Saúde-OMS, é uma pessoa que apresenta um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico: lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade; espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alteração de sensibilidade; e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen. **Obs:** a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase. Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação clínica nas quatro formas abaixo devem ser utilizados por profissionais especializados e em investigação científica. No campo, a OMS recomenda, para fins terapêuticos, a classificação operacional baseada no número de lesões cutâneas. O quadro abaixo sintetiza as formas clínicas de hanseníase, com suas principais características.

SINONÍMIA: mal de Hansen; antigamente a doença era conhecida como lepra.

ETIOLOGIA: bacilo álcool-ácido resistente, intracelular obrigatório, denominado bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*.

RESERVATÓRIO: o homem é reconhecido como única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato íntimo e prolongado com pacientes bacilíferos não tratados.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: em média 5 anos, podendo ir de meses a mais de 10 anos.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: os pacientes multibacilares podem transmitir hanseníase, antes de iniciar o tratamento específico. A primeira dose de rifampicina é capaz de eliminar as cepas viáveis do bacilo de Hansen em até 99,99% da carga bacilar de um indivíduo.

COMPLICAÇÕES: quando o diagnóstico é precoce e o tratamento quimioterápico do paciente é adequadamente seguido, com orientações de auto-cuidado para prevenir incapacidades, geralmente, a hanseníase não deixa seqüelas e ou complicações. Um grupo de pacientes pode desenvolver episódios



Sinopse para Classificação das Formas Clínicas da Hanseníase

CARACTERÍSTICAS			
Clínica	Baciloscopia	Forma Clínica	Classificação Operacional vigente para rede básica
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Indeterminada (HI)	PB Até 5 lesões de pele
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem definidas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo.	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas, planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritemato-pigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta). Apresenta alterações de sensibilidade.	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou Negativa	Dimorfa (HD)	MB Mais que 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Notas: 1) Na hanseníase virchowiana, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais; 2) As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, expressos clinicamente. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso; 3) Os casos não classificados quanto à forma clínica serão considerados para fins de tratamento como multibacilares.

reacionais, que são intercorrências da reação imunológica do hospedeiro. Estas podem surgir no diagnóstico, durante o tratamento específico, ou após a alta do paciente. Nesse último caso, não requer a reintrodução da poliquimioterapia. As reações (ou episódios reacionais) são agrupadas em 2 tipos: o Tipo 1: também chamado reação reversa. Ocorre mais frequentemente em pacientes com hanseníase tuberculóide e dimorfa. Caracteriza-se por eritema e edema das lesões e/ou espessamento de nervos com dor à palpação dos mesmos (neurite). A neurite pode evoluir sem dor (neurite silenciosa). É tratado com Prednisona, VO, 1-2mg/kg/dia, com redução em intervalos fixos, conforme avaliação clínica. São também indicação de uso de corticosteróides a irite / iridociclite e a orquite (consultar o Guia para o Controle da Hanseníase, da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde). O Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o eritema nodoso: os pacientes com hanseníase virchowiana são os mais acometidos. Caracteriza-se por nódulos eritematosos, dolorosos, mais palpáveis que visíveis em qualquer parte do corpo. Pode evoluir com neurite. Trata-se com talidomida, VO, na dose de 100 a 400mg/dia, somente em paciente do sexo masculino (é proibido o uso em mulheres em idade fértil, devido à possibilidade de ocorrência de teratogenicidade); ou prednisona, VO, 1-2mg/kg/dia. A redução também é feita em intervalos fixos, após avaliação clínica.

DIAGNÓSTICO: clínico, baseado na definição de caso. A baciloscopia e a histopatologia podem ser úteis como apoio diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: eczemátide, nevo acromico, pitiríase versicolor, vitiligo, pitiríase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, eritema nodoso, granuloma anular, eritema anular, lúpus, farmacodermias, pelagra, sífilis, alopecia areata, sarcoidose, tuberculose, xantomias, esclerodermias.

TRATAMENTO: não é eticamente recomendável tratar o paciente de hanseníase com um só medicamento.



Esquemas Recomendados Poliqumioterapia - OMS

Formas Medicamento	Paucibacilar (PB)	Multibacilar (MB)	PB Lesão Única sem envolvimento de tronco nervoso ⁽¹⁾
Rifampicina (RFM)	600mg, 1 vez por mês supervisionada	600mg, 1 vez por mês, supervisionada	600mg, em dose única, supervisionada
Dapsona (DDS)	100mg/dia auto-administrada	100mg/dia auto-administrada	-
Clofazimina (CFZ)	-	300mg, 1 vez por mês, supervisionada + 100mg em dias alternados ou 50mg/dia auto-administrada	-
Minociclina (Mino)	-	-	100mg, em dose única, supervisionada
Ofloxacina (Ofló)	-	-	400mg, em dose única, supervisionada

(1) Este esquema é conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina) e deve ser usado exclusivamente para tratar pacientes PB com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos. Esse esquema é recomendado somente para uso em centros de referência.

TEMPO DE TRATAMENTO

⇒ **PAUCIBACILARES:** 6 doses mensais, em até 9 meses de tratamento.

⇒ **MULTIBACILARES:** 12 doses mensais, em até 18 meses de tratamento.

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a hanseníase é mais comum em países sub-desenvolvidos e em desenvolvimento. Tem baixa letalidade e baixa mortalidade, podendo ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: reduzir o coeficiente de prevalência para menos de um doente em cada 10.000 habitantes. Esta meta será alcançada, diagnosticando-se precocemente os casos, tratando-os, interrompendo, assim, a cadeia de transmissão.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória no Brasil.

MEDIDAS DE CONTROLE: diagnóstico precoce dos casos, através do atendimento de demanda espontânea, de busca ativa e de exame dos contatos para tratamento específico, que deve ser feito em nível eminentemente ambulatorial.

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES: todo paciente de hanseníase deve ser examinado minuciosamente e orientado quanto aos auto-cuidados para evitar ferimentos, calos, queimaduras (que podem ocorrer



devido à hipoestesia e/ou anestesia), o que previne aparecimento de incapacidades. Observar que a melhor forma de preveni-las é fazer o tratamento poliquimioterápico de modo regular e completo. Ratifica-se ainda que o diagnóstico precoce do acometimento neural, com ou sem reação hansênica e seu tratamento adequado é medida essencial na prevenção de incapacidades.

VIGILÂNCIA DE CONTATOS: contato intradomiciliar é toda pessoa que resida ou tenha residido com o paciente nos últimos 5 anos. Examinar todos os contatos de casos novos; os doentes devem ser notificados como caso novo e tratados. Os contatos são devem receber duas doses da vacina BCG-ID. Quando houver a cicatriz por BCG-ID, considerar como 1ª dose e aplicar a 2ª dose. Quando não houver a cicatriz, aplicar a 1ª dose e a 2ª após 6 meses. Paralelamente, os contatos são devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da hanseníase.

Doses Recomendadas para Crianças

Medicamento Faixa Etária	RFM	DDS	CFZ	
			Auto-administrada	Supervisionada/mês
0 - 5	150 - 300mg	25mg	100mg/semana	100mg
6 - 14	300 - 450mg	50 - 100mg	450mg/semana	150 a 200mg
> 15	dose adulta	dose adulta	dose adulta	dose adulta

RECIDIVA: deve-se suspeitar de recidiva, com base nos seguintes parâmetros.

⇒ **PAUCIBACILARES:** paciente que, após alta por cura, apresentar: dor em nervo não afetado anteriormente, novas lesões e/ou exacerbações de lesões anteriores que não respondam à corticoterapia recomendada para tratar episódios reacionais do tipo 1, nas doses indicadas.

⇒ **MULTIBACILARES:** paciente que, após 5 anos de alta por cura, continuar apresentando episódios reacionais que não cedem à terapêutica com corticosteróide e/ou talidomida, nas doses recomendadas para tratar episódios do tipo 2. Considerar, na recidiva, a confirmação baciloscópica, ou seja, a presença de bacilos íntegros e globias.

Observações: 1) A ocorrência de episódio reacional após a alta do paciente não significa recidiva da doença. A conduta correta é instituir apenas terapêutica antirreacional (prednisona e/ou talidomida); 2) Todo caso de recidiva deve, após confirmação, ser notificado como recidiva e reintroduzido novo esquema terapêutico; 3) A hanseníase não confere imunidade. Os parâmetros para diferenciar recidiva e reinfecção não estão claros na literatura.



HERPES SIMPLES

CID-10: B00

DESCRIÇÃO: as infecções pelo herpes simples vírus apresentam-se como desafios, cada vez maiores, para diversas áreas da medicina, por serem dotadas de várias peculiaridades. Dentre elas, citam-se a capacidade do vírus de permanecer em latência por longos períodos de tempo, podendo sofrer reativação periódica, gerando doença clínica ou sub-clínica. O herpes simples vírus é comumente associado a lesões de membranas mucosas e pele, ao redor da cavidade oral (herpes orolabial) e da genitália (herpes anogenital). O vírus do herpes simples determina quadros variáveis benignos ou graves. Há dois tipos de vírus: o tipo-1, responsável por infecções na face e tronco, e o tipo-2, relacionadas às infecções na genitália e de transmissão geralmente sexual. Entretanto, ambos os vírus podem infectar qualquer área da pele ou das mucosas. As manifestações clínicas são distintas e relacionadas, ao estado imunológico do hospedeiro. A lesão elementar é vesícula sobre base eritematosa, geralmente agrupadas em cacho. A primo-infecção herpética é, em geral, sub-clínica e passa despercebida; o indivíduo torna-se portador do vírus sem apresentar sintomas. Em pequena porcentagem de indivíduos, a infecção é grave e prolongada, perdurando por algumas semanas. Após a infecção primária, o vírus pode ficar em estado de latência em gânglios de nervos cranianos ou da medula. Quando reativado por várias causas, o vírus migra através de nervo periférico, retorna à pele ou mucosa e produz a erupção do herpes simples recidivante.

- ⇒ **GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA:** é de observação mais comum em criança, podendo variar de um quadro discreto, com algumas lesões vésico-erosivas e subfebril, até quadros graves, com erupção vesiculosa, febre alta, adenopatias e comprometimento do estado geral. Com o rompimento das vesículas, formam-se exulcerações, a gengiva edemacia-se e a alimentação é dificultada. A faringe pode ser atingida. Eventualmente, a primo-infecção em crianças ocorre na região genital (vulvo-vaginite herpética). O quadro dura de 2 a 6 semanas, com tendência à cura, sem deixar seqüelas.
- ⇒ **HERPES RECIDIVANTE:** é de observação mais comum em adultos, surgindo as lesões em qualquer área da pele ou mucosa, onde ocorreu a inoculação primária. O aparecimento das lesões é, em geral, precedido de horas ou dias de discreto ardor ou prurido local; surgem em seguida as lesões características, vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que se tornam pústulas e se ulceram. A localização mais freqüente é nos lábios,



desencadeado por traumas, exposição ao sol, tensão emocional, menstruação e infecções respiratórias.

- ⇒ **HERPES GENITAL:** a primo-infecção em adulto surge 5-10 dias após o contato, em geral pelo Herpes Simples Tipo-2. Vesículas agrupadas dolorosas aparecem no pênis, vulva ou ânus, sendo o quadro acompanhado de cefaléia, febre e linfadenopatia. O herpes recidivante genital é freqüente e perdura de 5 a 10 dias.
- ⇒ **CERATOCONJUNTIVITE HERPÉTICA:** a primo-infecção pode ser no olho, com vesículas e erosões na conjuntiva e córnea. Após a regressão, podem surgir as recidivas, que determinam ulcerações profundas, eventualmente causando cegueira.
- ⇒ **HERPES SIMPLES NEONATAL:** ocorre quando a parturiente apresenta herpes genital com contaminação do neonato durante o parto. São vesículas e bolhas que se erodem e são recobertas por crostas, sendo na maioria dos casos causadas pelo herpes simples tipo-2. O herpes simples neonatal é grave e muitas vezes fatal. Dos sobreviventes, 50% têm seqüelas neurológicas ou oculares.
- ⇒ **PANARÍCIO HERPÉTICO:** infecção herpética recidivante atingindo os dedos das mãos e dos pés. Na primo-infecção, o quadro inicial é de vesículas que coalescem, podendo formar uma única bolha, com adenopatia e eventualmente febre. Após a cura da primo-infecção, ocorrem recidivas locais.
- ⇒ **DOENÇA NEUROLÓGICA:** o acometimento neurológico é comum, uma vez que o herpes simples é um vírus neurotrópico. As complicações do sistema nervoso central são: meningite, encefalite, radiculopatia, mielite transversa.
- ⇒ **HERPES SIMPLES EM IMUNODEPRIMIDOS:** o herpes simples em latência surge freqüentemente pela imunodepressão, impetigos, micose fungóide, leucemias, mieloma, transplantes e doenças crônicas. É uma das complicações mais freqüentes na aids, podendo com maior freqüência causar encefalite. Em todos os paciente imunodeprimidos que apresentam úlceras genitais e/ou anais deve-se pensar na possibilidade de herpes.

SINONÍMIA: *Herpesvírus hominis*, herpesvírus tipo 1 e 2.

ETIOLOGIA: o herpes simples é causado pelo *Herpesvírus hominus* tipo-1 e 2. São vírus DNA, da família *Herpesviridae*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: por contato íntimo com indivíduo transmissor do vírus, a partir de superfície mucosa ou de lesão infectante. O HSV é rapidamente inativado em temperatura ambiente e após secagem, logo, a disseminação por aerossóis ou fômites é rara. O vírus ganha acesso através de escoriações na pele ou de contato direto com a cérvix uterina, uretra, orofaringe ou conjuntiva. A transmissão assintomática também pode ocorrer, sendo mais comum nos primeiros 3 meses após a doença primária, quando o agente etiológico é o HSV-2 e na ausência de anticorpos contra o HSV-1. Pode haver transmissão fetal durante o parto.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 1 a 26 dias, em média 8 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: variável de 4 a 12 dias após o aparecimento dos primeiros sintomas. Nas infecções assintomáticas, orais e genitais, pode haver disseminação transitória do vírus.

DIAGNÓSTICO: eminentemente clínico. O laboratório pode auxiliar nos casos atípicos. O método usualmente utilizado é a citodiagnose de Tzanck. As técnicas sorológicas também podem ser realizadas, como a imunofluorescência e o teste enzimático, além do PCR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: afta, eczema de contato, estomatite por *Candida* e impetigo perioral. A gengivoestomatite herpética deve ser diferenciada da candidose, aftose, síndrome de Stevens-Johnson e infecções bacterianas. As ulcerações genitais, com sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo, candidíase, ulcerações traumáticas. A encefalite herpética, principalmente no portador de aids, deve ser diferenciada de: meningite bacteriana, meningoencefalite criptocócica, meningoencefalite tuberculosa e neurotoxoplasmose.

TRATAMENTO: para todas as formas de herpes simples utiliza-se: aciclovir, na dose de 200mg, 5 vezes ao dia, por 5 dias, podendo ser estendida nas primo-infecções. Em imunocomprometidos, a dose pode ser duplicada. Em formas graves, hospitalização, adequada hidratação e aplicação de aciclovir por via intravenosa, podem ser indicadas, utilizando-se a dose de 5mg/kg, IV, a cada 8 horas. Nas infecções primárias, o aciclovir, o valaciclovir e o panciclovir diminuem a duração dos sintomas, apresentando os dois últimos comodidade posológica em relação ao aciclovir. O panciclovir está indicado na dose de 125mg de 12 em 12 horas. Em pessoas com recorrências frequentes (mais de 4 episódios por ano), a profilaxia pode ser indicada, geralmente com aciclovir, 200mg, 3 vezes ao dia, por 6 a 12 meses. **Gravidez:** deve ser considerado o risco de complicações obstétricas, particularmente se a primo-infecção ocorrer durante a gravidez. A infecção primária materna no final da gestação oferece maior risco de infecção neonatal do que o herpes genital recorrente. As complicações do herpes na gestação são numerosas. Entretanto, a transmissão fetal transplacentária é rara, sendo em uma a cada 3.500 gestações. A infecção do concepto intra-útero, nos primeiros meses da gestação, culmina, freqüentemente, em aborto. O maior risco de transmissão do vírus ao feto dar-se-á no momento da passagem desse pelo canal de parto, resultando em, aproximadamente, 50% de risco de contaminação. Mesmo na forma assintomática, poderá haver a transmissão do vírus por meio do canal de parto. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana, toda vez que houver lesões herpéticas ativas. Essa conduta não traz nenhum benefício quando a bolsa amniótica estiver rota há mais de 4 horas. O tratamento das lesões herpéticas no decorrer da gestação com o aciclovir poderá ser feito nos casos de primo-infecção: 200mg, VO, 5 vezes ao dia, durante 10 dias. A infecção herpética neonatal é grave, exigindo cuidados hospitalares especializados. Tratamento neonatal: aciclovir, 5mg/dia, IV, de 8/8 horas, durante 7 dias. Cuidados gerais: na fase aguda evitar alimentos quentes, salgados, doces e ácidos. Em casos muito dolorosos, utilizar xilocaina 2% pomada cinco minutos antes das refeições.



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal. De 50% a 90% de adultos têm anticorpos circulantes contra HSV-tipo 1, e 20% a 30% contra HSV-tipo 2.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnosticar e tratar precocemente todos os casos; prevenir o herpes neonatal.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória nacional.

MEDIDAS DE CONTROLE: é infecção de difícil controle em virtude de sua elevada transmissibilidade. Os contatos devem ser encaminhados à unidade de saúde para detectar a doença precocemente e para serem orientados quanto às medidas de prevenção de futuros parceiros. Os preservativos masculinos e femininos previnem a transmissão apenas nas áreas de pele recobertas pelos mesmos, podendo ainda assim ocorrer transmissões a partir de lesões na base do pênis, na bolsa escrotal ou em áreas expostas da vulva. A busca de uma vacina eficaz e segura pode vir a representar o amplo controle dessa doença.



HPV

CID-10: B97.7

DESCRIÇÃO: doença viral que, com maior frequência, manifesta-se como infecção sub-clínica nos genitais de homens e mulheres. Clinicamente, as lesões podem ser múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável; ou podem aparecer como lesão única. A localização ocorre no pênis, sulco bálcão-prepucial, região perianal, na vulva, períneo, vagina e colo do útero. Morfologicamente, são pápulas circunscritas, hiperqueróticas, ásperas e indolores com tamanho variável. Condiloma gigante (Buschke e Lowestein), assim como papulose bowenóide, são raros.

SINONÍMIA: infecção pelo Papiloma Vírus Humano, verruga genital, cavalo de crista, crista de galo, condiloma acuminado.

ETIOLOGIA: papilomavírus humano (HPV). Vírus DNA não cultivável da família do *Papovavirus*. Com mais de 70 sorotipos. Esses agentes ganharam grande importância epidemiológica e clínica por estarem relacionados ao desenvolvimento de câncer. Os grupos dos sorotipos com maior poder de oncogenicidade são o 16, 18, 31 e 33, quando associados a outros fatores.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: geralmente por contato direto. Pode haver auto-inoculação e infecção por fômites.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 1 a 20 meses, em média 3 meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: desconhecido. Entretanto, há transmissão enquanto houver lesão viável.

COMPLICAÇÕES: cancerização, que é mais frequente na mulher, com localização em colo uterino. Nos imunodeficientes, pode haver dificuldade terapêutica, além do aparecimento de Papiloma de Laringe, que também pode ocorrer em lactentes, por contaminação no canal de parto.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial, observando as diversas formas abaixo:

⇒ **INFECÇÃO CLÍNICA:** através da visão desarmada, geralmente representado pelo condiloma acuminado.

⇒ **INFECÇÃO SUB-CLÍNICA:** através da peniscopia, colpocitologia e colposcopia com biópsia. A peniscopia pode ser falso-positiva.



⇒ **INFECÇÃO LATENTE:** através dos testes para detecção do HPV-DNA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: condiloma plano da sífilis (sorologia e pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro); carcinoma espinocelular do pênis e da vulva e a doença de Bowen (carcinoma *in situ*); nesses, a correlação clínico-histopatológica é de enorme valia para o diagnóstico.

TRATAMENTO: o objetivo do tratamento é a remoção das lesões condilomatosas visíveis e subclínicas, visto que não é possível a erradicação do HPV. Recidivas são frequentes, mesmo com o tratamento adequado. A escolha do método de tratamento depende do número e da topografia das lesões, assim como da associação ou não com neoplasia intra-epitelial. Podem ser utilizadas as alternativas: ácido tricloroacético (ATA), a 90%, nas lesões do colo, vagina, vulva, períneo, região peri-anal e pênis; a aplicação deve ser realizada no serviço de saúde, direcionada apenas ao local da lesão, 1 a 2 vezes por semana. Não devem ser feitas “embrocações” vaginais nas lesões difusas. Podofilina, a 25% (solução alcoólica ou em benjoim): somente deve ser utilizada nas lesões da vulva, períneo e região peri-anal; lavar após 2 a 4 horas. A aplicação deve ser realizada no serviço de saúde, 2 a 3 vezes por semana. Eletrocauterização ou crioterapia: pode ser utilizada em lesões de qualquer localização genital e na gestação. Exérese com Cirurgia de Alta Frequência (CAF/ LEEP): pode ser utilizada em lesões de qualquer localização genital e na gestação. Apresenta como vantagem sobre os outros métodos a retirada do tecido viável para estudo anatomo-patológico. Nas lesões exofíticas queratinizadas, pode ser utilizada a combinação do ácido tricloroacético, a 90%, e podofilina, a 25% (solução alcoólica ou em benjoim).

⇒ **GRAVIDEZ:** as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo marcado aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. A escolha do tratamento vai basear-se no tamanho e número das lesões (nunca usar nenhum método químico durante qualquer fase da gravidez); pequenas, isoladas e externas: termo ou crio-cauterização em qualquer fase da gravidez; pequenas, colo, vagina e vulva: termo ou crio-cauterização, apenas a partir do 2º trimestre; grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência; se o tamanho e localização das lesões forem suficientes para provocar dificuldades mecânicas e/ou hemorragias vaginais, deve-se indicar o parto cesáreo; o risco da infecção nasofaríngea no feto é tão baixa que não justifica a indicação eletiva de parto cesáreo; mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser acompanhadas por meio de citologia oncológica e colposcopia, após o parto.

⇒ **RECOMENDAÇÃO:** na gestante, tratar apenas as lesões condilomatosas. As lesões subclínicas serão acompanhadas com colpocitologia durante a gestação e reavaliadas para tratamento após 3 meses do parto.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, acomete homens e mulheres, de qualquer raça e classe social, sendo mais frequente na faixa etária de vida sexual ativa.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnosticar e tratar precocemente todos os casos, evitando formas graves e infecção no concepto.



NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: abstinência sexual durante o período de tratamento; encaminhamento de parceiros para o serviço de saúde, para exame e tratamento, se necessário. Educação em saúde: aconselhamento. Não esquecer que o aparecimento de HPV deve servir de evento sentinela para a infecção pelo HIV ou outra imunodeficiência. Ver Medidas de Controle descritas para as demais DST.



CID-10: L01

IMPETIGO

DESCRIÇÃO: doença comum da infância causada por *Staphylococcus* ou *Streptococcus* e de alta transmissibilidade.

⇒ **IMPETIGO BOLHOSO:** vesículas e bolhas desenvolvem-se em pele normal, sem eritema ao redor. As lesões localizam-se no tronco, face, mãos, áreas intertriginosas, tornozelo ou dorso dos pés, coxas e nádegas. O conteúdo seroso ou sero-pustulento desseca-se, resultando em crosta amarelada que é característica do impetigo. Quando não tratada tem tendência à disseminação. A lesão inicial muitas vezes é referida como se fosse uma bolha de queimadura de cigarro.

⇒ **IMPETIGO NÃO BOLHOSO:** geralmente inicia-se com lesões eritematosas seguida da formação de vesículas e pústulas que se rompem rapidamente formando áreas erodadas com as típicas crostas de coloração amarelada. Localizam-se preferencialmente na face, braços, pernas e nádegas. É comum a presença de lesões satélites que ocorrem por auto-inoculação. As lesões do impetigo duram dias ou semanas. Quando não tratadas podem envolver a derme o que constitui o ectima, com ulceração extensa e crosta hemorrágica.

SINONÍMIA: salsugem, impetigem.

ETIOLOGIA: *Staphylococcus aureus* (plasma-coagulase positivo) e *Streptococcus pyogenes*, isoladas ou associadas.

RESERVATÓRIO: o homem e em raras ocasiões, os animais.

MODO DE TRANSMISSÃO: a partir dos focos de colonização das bactérias nas narinas do próprio paciente ou de portador assintomático; 20 a 30% da população geral é portadora de estafilococos coagulase positiva. As mãos são o meio mais importante para transmitir a infecção. A fonte mais comum de propagação epidêmica são as lesões supurativas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver *Streptococcus*, *Staphylococcus* e/ou lesão, ou *Staphylococcus* na nasofaringe dos portadores assintomáticos.

COMPLICAÇÕES: glomerulonefrite, septicemias.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: iododerma e bromoderma, varicela, queimadura e herpes simples.

TRATAMENTO: remoção e limpeza, duas a três vezes ao dia, das crostas com água e sabão, ou água Dalibour ou permanganato de potássio 1:40.000, ou água boricada a 2%. Em seguida, aplica-se pomada de antibióticos tipo neomicina, mupirocina, gentamicina. Se necessário introduzir eritromicina via oral na dose de 40mg/kg/dia dividida de seis em seis horas; cefalexina 30 a 50mg/kg/dia dividida em quatro tomadas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, incide com maior frequência em áreas com precárias condições de higiene pessoal. É mais frequente no verão, ocorre de forma esporádica ou em pequenas epidemias familiares e acampamentos de veraneio.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal, em especial lavagem de mãos. Tratamento imediato dos casos iniciais. Desinfecção de ferimentos ou machucaduras. Em caso de epidemias deverá impor, principalmente em creches, higiene rigorosa, em especial da lavagem das mãos. Realizar cultura dos contactantes, em creches, para identificação dos portadores assintomáticos em cavidade nasal para tratamento com mupirocina.



CID-10: B83.0

LARVA MIGRANS

DESCRIÇÃO: erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada, e muito pruriginosa consequente do deslocamento da larva na pele. As áreas mais afetadas são pés, pernas e nádegas. Algumas vezes observa-se quadro eritemato-papuloso que dificulta o diagnóstico.

SINONÍMIA: dermatite serpiginosa, bicho geográfico.

ETIOLOGIA: larvas das espécies *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma brasiliensis* e *Strongiloides stercoralis*.

RESERVATÓRIO: cães e gatos.

MODO DE TRANSMISSÃO: adquirida pelo contato da pele com solo contaminado por fezes de animais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não há.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não há transmissão pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: impetiginização com infecção secundária.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: eczema de contato e alergia a picada de insetos. Piodermites e Tinha dos Pés: principalmente nas formas papulosas e eczematizadas o diagnóstico é difícil.

TRATAMENTO: uma ou poucas lesões: usa-se a pomada de Tiabendazol a 5% três vezes ao dia, durante 10 dias. Muitas lesões: usar o tiabendazol sistêmico na dose de 25mg/kg de peso, duas vezes ao dia, 5 a 7 dias. Albendazol 400mg/dia em dose única ou repetido durante três dias consecutivos. Ivermectina na dose única de 200mg/kg.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: pode ocorrer em surtos em creches, escolas. Freqüente em praias.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não é objeto de vigilância epidemiológica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: proibir cães e gatos em praias. Evitar áreas arenosas, sombreadas e úmidas. Nas escolas e creches, as areias para diversão devem ser protegidas contra os dejetos de cães e gatos.



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

CID-10: B55.1

DESCRIÇÃO: doença parasitária da pele e mucosas, de caráter pleomórfico, causada por protozoários do gênero *Leishmania*. A doença cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com bordas elevadas e fundo granuloso, que podem ser únicas ou múltiplas e são indolores. Também pode manifestar-se como placas verrucosas, papulosas, localizadas ou difusas. A forma mucosa, secundária ou não à cutânea, caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe. Quando a destruição dos tecidos é importante, podem ocorrer perfurações do septo nasal e/ou do palato.

SINONÍMIA: úlcera de Bauru, nariz de tapir, ferida brava, botão do oriente.

ETIOLOGIA: há várias *Leishmanias* envolvidas na transmissão. No Brasil, as mais importantes são *Leishmania Viannia braziliensis*, *Leishmania Leishmania amazonensis* e *Leishmania Viannia guyanensis*.

RESERVATÓRIO: masurpiais, roedores, preguiça, tamanduá, cão, equinos e mulas; e o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: através da picada de insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: pode variar de 2 semanas a 12 meses, com média de 2 a 3 meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: desconhecido. Não há transmissão pessoa a pessoa. A transmissão dá-se através do vetor que adquire o parasita ao picar reservatórios, transmitindo, ao homem.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária das lesões cutâneas; disfagia, disfonia, quando de lesões mucosas.

DIAGNÓSTICO: suspeita clínico-epidemiológica associada a dados laboratoriais. Exame parasitológico direto, através de exame do raspado da borda da lesão, ou “*in-print*” feito com o fragmento da biópsia; histopatologia, intradermoreação, reação de Montenegro-IRM. Sorologia pode ser útil.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ **FORMA CUTÂNEA:** úlceras traumáticas, piodermites, úlceras vasculares, úlcera tropical, paracoccidiodomicose, esporotricose, cromomicose, neoplasias cutâneas, sífilis e tuberculose cutânea.



⇒ **FORMA MUCOSA:** hanseníase virchowiana, paracoccidiodomicose, sífilis terciária, neoplasias.

TRATAMENTO: os medicamentos citados abaixo estão em ordem de prioridade para uso.

⇒ **FORMA CUTÂNEA:** antimoniato de N-metil-glucamina, apresentação: 1ml=81mg Sb⁺⁵, 10 a 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia - sugere-se 15mg/ Sb⁺⁵/kg/dia, IV lento ou IM, por 20 dias consecutivos; pentamidina, 4mg/kg, IM, a cada 2 dias, até completar no máximo 2g de dose total (aplicar após alimentação e fazer repouso em seguida); anfotericina B, indicar 0,5mg/kg/dia, IV, aumentando-se 1mg/kg em dias alternados (máximo de 50mg/dia), até atingir dose total de 1 a 1,5g.

⇒ **FORMA MUCOSA:** antimoniato de N-metil-glucamina, 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia, por 30 dias consecutivos; pentamidina, no mesmo esquema para forma cutânea, até atingir dose total de 2g; anfotericina B, conforme esquema para forma cutânea, até completar, se possível, 2g de dose total.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: no Brasil, tem caráter endêmico e já é encontrada em todos os estados. A LTA é uma zoonose de animais silvestres que atinge o homem quando entra em contato com focos zoonóticos, áreas de desmatamento, extrativismo. Houve mudança no perfil dos pacientes afetados; inicialmente, eram adultos jovens do sexo masculino e passaram a ser pessoas de todas as idades e sexos. A literatura já traz vários casos de LTA associados à aids.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: investigar e controlar os focos, visando a redução do número de casos, diagnóstico e tratamento precoces dos doentes para evitar a evolução e complicações da doença.

NOTIFICAÇÃO: é doença de notificação compulsória nacional.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** indivíduo com presença de úlcera cutânea com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura.

⇒ **SUSPEITO DE LEISHMANIOSE MUCOSA:** todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca.

⇒ **CONFIRMADO:** a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher no mínimo um dos critérios a seguir: residência, procedência ou deslocamento em área endêmica associado ao encontro do parasita nos exames parasitológicos diretos; residência, procedência ou deslocamento em área endêmica associado à Intradermo Reação de Montenegro (IRM) positiva; residência, procedência ou deslocamento em área endêmica sem associação a outro critério, quando não há acesso a métodos de diagnóstico. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas anteriores como critério complementar para confirmação do diagnóstico.

MEDIDAS DE CONTROLE: na cadeia de transmissão: diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos e redução do contato homem-vetor. Realizar investigação epidemiológica em situações específicas visando determinar se a área é endêmica ou se é um novo foco; se o



caso é autóctone ou importado; as características do caso (forma clínica, idade, sexo e ocupação); e identificar se há indicação de desencadear as medidas de controle: orientação quanto às medidas de proteção individual, mecânicas, como o uso de roupas apropriadas, repelentes, mosquiteiros. Controle de reservatórios. Medidas educativas. Em áreas de risco para assentamento de populações humanas, sugere-se uma faixa de 200 a 300 metros entre as residências e a floresta, com o cuidado de evitar-se o desequilíbrio ambiental.



CID-10: B87

MIÍASE

DESCRIÇÃO: zoodermatose caracterizada pelo acometimento da pele ou orifícios por larvas de moscas. Classificam-se em Primárias e Secundárias.

⇒ **MIÍASE PRIMÁRIA FURUNCULÓIDE:** caracteriza-se por lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central de onde sai secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroada”. Como complicações podem surgir abscessos, linfangite e raramente tétano.

⇒ **MIÍASE SECUNDÁRIA:** a infestação ocorre na pele ou mucosas ulceradas e nas cavidades. Os locais mais atingidos são as fossas e os seios nasais, os condutos auditivos e os globos oculares. A gravidade do quadro depende da localização e do grau de destruição.

SINONÍMIA: berne, bicheira.

ETIOLOGIA

⇒ **MIÍASE PRIMÁRIA FURUNCULÓIDE OU BERNE:** causada pela larva de *Dermatobia hominis* ou raramente pela *Callitroga americana*.

⇒ **MIÍASE SECUNDÁRIA:** causada por larvas de *Callitroga macelária* e espécies do gênero *Lucília*.

RESERVATÓRIO: mosca doméstica.

MODO DE TRANSMISSÃO: deposição da larva da mosca na pele e em feridas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: até duas semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não há transmissão pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária, destruição tecidual, fístulas, destruição óssea.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: furúnculos, abscessos de glândula sudorípara, hordéolos, otites, rinites, corpo estranho e impetigos.

TRATAMENTO: no berne, utiliza-se oclusão com vaselina pastosa ou esmalte de unha, o que impede que a larva respire, e com sua imobilização, retirá-la com pinça ou expressão manual. Pode-se fazer retirada cirúrgica de larva. Localizações peri-orificiais em geral requer avaliação



do especialista. Na miíase secundária, utiliza-se extração manual das larvas, ou a Ivermectina sistêmica, 200mg/kg em dose única (aproximadamente 1 comprimido para cada 35kg/peso). A Ivermectina causa morte das larvas, que deverão ser retiradas manualmente ou com pinça.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal de áreas rurais onde se encontra as moscas referidas acima.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não é objeto de vigilância epidemiológica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: combate às moscas, higiene pessoal adequada, cobrir feridas abertas.



CID-10: B08.1

MOLUSCO CONTAGIOSO

DESCRIÇÃO: doença viral, freqüente na infância, principalmente, em crianças atópicas. Consiste de pápulas, lisas, brilhantes, de cor rósea ou da pele normal, apresentando depressão central característica (pápula umbilicada). Localizam-se de preferência nas axilas, face lateral do tronco, regiões genitais, perianal e face. No adulto, a localização facilita sugere a possibilidade de HIV.

SINONÍMIA: não há.

ETIOLOGIA: vírus do gênero *Poxvirus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto (sexual ou não) com pessoas contaminadas. Auto inoculação.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: sete dias a seis meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto persistirem as lesões.

COMPLICAÇÕES: disseminação em pacientes imunodeprimidos.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e histopatológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: verrugas planas e vulgares, criptococose cutânea em pacientes imunodeprimidos.

TRATAMENTO: curetagem ou expressão manual ou com pinça das lesões, seguida de pincelagem com tinturas de iodo.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: mais freqüente em crianças e de distribuição universal. Ocorre também em adultos portadores de infecção pelo HIV, com localização predominante na face.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: informar quanto à etiologia e à natureza benigna da doença; orientar para evitar traumas, coçaduras e tratamentos intempestivos devido autoinoculação; evitar contato pele a pele, principalmente entre crianças; e incentivar outros familiares e contatos extradomiciliares com quadro semelhante para uma consulta médica.



PARACOCCIDIOIDOMICOSE

CID-10: B41

DESCRIÇÃO: micose profunda, geralmente com sintomatologia cutânea importante, grave, que, na forma crônica, é conhecida como “tipo adulto” e, na forma aguda ou sub-aguda, como “tipo juvenil”. A primeira caracteriza-se por comprometimento pulmonar, lesões ulceradas de pele, mucosas (oral, nasal, gastrointestinal), linfadenopatia; na forma disseminada, pode acometer todas as vísceras, sendo freqüentemente afetada a supra-renal. A segunda é rara e, quando ocorre, compromete o sistema fagocítico-mononuclear e leva à disfunção da medula óssea. Na cavidade oral, evidencia-se uma estomatite, com pontilhado hemorrágico fino, conhecida como “estomatite moriforme de Aguiar-Pupo”. A classificação abaixo apresenta a interação entre o *P. brasiliensis* e o homem, determinando infecção ou doença, assim como as formas clínicas da paracoccidiodomicose.

⇒ **INFECÇÃO PARACOCCIDIÓIDICA:** caracteriza-se apenas por contágio do indivíduo pelo fungo, sem a presença de doença clinicamente manifesta.

⇒ **PARACOCCIDIOIDOMICOSE (doença):** caracteriza-se pela presença de manifestações clínicas relacionadas a um ou mais órgãos, dependentes das lesões fúngicas em atividade ou de suas seqüelas.

- **Forma regressiva:** doença benigna com manifestações clínicas discretas, em geral pulmonares. Apresenta regressão espontânea, independente de tratamento.
- **Forma progressiva:** ocorre comprometimento de um ou mais órgãos, podendo evoluir para óbito, caso não seja tratada de maneira adequada. É dividida nas formas aguda e crônica, de acordo com a idade, duração e manifestações clínicas.
 - **Forma aguda ou sub-aguda (juvenil)**
 - a) com adenomegalia de linfonodos superficiais;
 - b) com comprometimento abdominal ou do aparelho digestivo;
 - c) com comprometimento ósseo;
 - d) com outras manifestações clínicas.
 - **Forma crônica (adulto):** pode acometer todos os órgãos citados, inclusive o SNC.



Pode ser:

- a) forma leve;
- b) forma moderada;
- c) forma grave.

- **Forma seqüelar:** manifestações clínicas relacionadas à fibrose cicatricial, que se segue ao tratamento específico, como hiperinsuflação pulmonar, insuficiência adrenal, estenose de traquéia e síndrome de má absorção.

SINONÍMIA: antigamente conhecida como blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore e Almeida.

ETIOLOGIA: *Paracoccidioides brasiliensis*, um fungo dimorfo.

RESERVATÓRIO: o solo e poeira carregados de fungo em suspensão, normalmente em meio rural.

MODO DE TRANSMISSÃO: por inalação do fungo. A contaminação através de ferimentos cutâneos e nas mucosas é extremamente rara.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: pode ir de 1 mês até muitos anos.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não há caso descrito de transmissão pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: neuroparacoccidioidomicose, caracterizada por comprometimento do parênquima e dos folhetos que revestem o sistema nervoso central. As formas pulmonares podem evoluir para insuficiência respiratória crônica.

DIAGNÓSTICO: clínico e laboratorial. Este último é feito com o achado do parasita, que se apresenta como células arredondadas, de dupla parede, birrefringente, com ou sem gemulação. Quando há gemulação múltipla, o parasita toma aspecto de “roda de leme”. Provas sorológicas, como a imunodifusão em gel e histopatologia, podem ser empregadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: com as outras micoses profundas que compõem a Síndrome Verrucosa (Tuberculose, Esporotricose, Histoplasmose em imunodeprimidos, Leishmaniose Tegumentar Americana, Cromomicose) e Sífilis. Nas formas linfáticas, deve-se diferenciar do linfoma de Hodgkin e de outras neoplasias.

TRATAMENTO: uma das opções a seguir: a) Sulfametoxazol + Trimetoprim - 800/60mg/dia, VO, 12/12 hs., por 30 dias, 400/80mg 12/12 hs., até um ano após sorologia negativa; b) Cetoconazol - 400 mg/dia, VO, por 45 dias, depois 200mg/dia até completar 12 meses; c) Fluconazol - 400mg/dia, VO, por um mês, depois 200mg/dia, por 6 meses. Este último é a melhor opção para o tratamento da neuroparacoccidioidomicose, pela sua alta concentração no SNC; a dose de ataque pode ir até 800 mg/dia por 30 dias; d) Anfotericina B - 1mg/kg/dia, IV, diluído em 500ml de soro glicosado a 5% mais acetato de delta hidrocortizona 50 - 100mg. A dose máxima de anfotericina B não deve ultrapassar 3g.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença endêmica nas regiões tropicais da América do Sul,



comum no Brasil em relação a outros países. Frequente em trabalhadores rurais, agricultores, operários da construção civil. Incide mais em homens do que em mulheres, pois o fungo, sofrendo ação do hormônio feminino 17-B-estradiol, torna-se incapaz de transformar-se em levedura, essencial para induzir a doença. A faixa etária de maior incidência encontra-se entre os 30 e 50 anos de idade.

OBJETIVO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: por não dispor de instrumento de prevenção, essa doença não é objeto de vigilância epidemiológica rotineiramente. No Brasil, tem-se registro acumulado de mais de 60 casos de paracoccidiodomicose associados à aids, o que coloca essa infecção como mais um dos indicadores daquela síndrome.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: não há medida de controle disponível. Deve-se tratar os doentes precoce e corretamente, visando impedir a evolução da doença e suas complicações. Indica-se desinfecção concorrente dos exudatos, artigos contaminados e limpeza terminal.



CID-10: B85.0

PEDICULOSES

PEDICULOSIS CAPITIS E CORPORIS (CID-10: B85.1)

DESCRIÇÃO: dermatose pruriginosa produzida por piolhos. A principal manifestação é o prurido intenso, principalmente nas regiões retroauriculares e occipitais (*pediculosis capitis*), encontrando-se pequenos grãos brancos aderidos aos cabelos (lêndeas). Na pediculose corporal há lesões papulo urticariformes e hemorrágicas preferencialmente no tronco, abdomen e nádegas, podendo haver escoriações, liquenificação, hiperpigmentação, caracterizando a chamada “doença do vagabundo”.

SINONÍMIA: piolho.

ETIOLOGIA: causada pelo *Pediculus humanus capitis* e *Pediculus humanus corporis*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com a pessoa infectada ou com objetos usados por esta.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: sete dias até três semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver piolhos vivos na pessoa infectada ou nos fômites. Os piolhos podem viver até dez dias nos utensílios do hospedeiro.

COMPLICAÇÕES: piodermite do couro cabeludo e corpo.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: escabiose, *pitiríasis capitis* (caspa), piodermite do couro cabeludo.

TRATAMENTO: escabicidas (ver tratamento de Escabiose) utilizados em aplicação única durante 6 horas e, após, lavar o couro cabeludo. Repetir a aplicação após 7 dias, ou usar xampu de permetrina (1%) ou deltametrina (0.02%), deixar por 5-10 minutos e enxaguar. Repetir após 7 dias. As lêndeas devem ser retiradas com pente fino após aplicação de vinagre 1:1 em água morna. Ivermectina, na dose de 100mg/kg em dose única, repetida após uma semana efetiva para matar os piolhos. As lêndeas devem ser retiradas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: podem ocorrer surtos em escolas, creches ou ambientes confinados.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção e tratamento precoce dos casos.



NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: desinfestação mecânica e/ou química para evitar disseminação. Lavar a roupa de vestir, de cama e banho com água quente ou lavar normal e passar o ferro quente.

FITIRÍASE (CID-10: B85.3)

DESCRIÇÃO: doença dermatológica altamente pruriginosa, localizada, geralmente, nos pêlos da região pubiana podendo ocorrer ainda em região ciliar de crianças por contaminação de adultos infectados.

SINONÍMIA: chato.

ETIOLOGIA: *Phytirus pubis*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato pessoa a pessoa, geralmente contato sexual.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: sete dias até três semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver piolhos vivos na pessoa infectada ou nos fômites. Os piolhos podem viver até dez dias nos utensílios do hospedeiro.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias pelo ato da coçadura.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: dermatite seborréica na região ciliar ou blefarite.

TRATAMENTO: retirada manual dos parasitas, com auxílio de vaselina. Solução oftálmica de fluoresceína 1 a 2 gotas nos cílios provoca a morte dos piolhos e suas lêndeas; se necessário, repetir após sete dias. Ivermectina, na dose de 200mg/kg mata as formas adultas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: podem ocorrer surtos em comunidades fechadas.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção e tratamento precoce dos infestados.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: desinfestação mecânica e/ou química para evitar disseminação. Lavar a roupa de vestir e de cama com água quente ou lavar normal e passar o ferro.



CID-10: L30

PITIRÍASE ALBA

DESCRIÇÃO: dermatose do grupo dos eczemas, com manchas hipocrômicas mal definidas que aparecem geralmente na face, membros superiores e tronco e que envolvem espontaneamente. Freqüente na infância. Pode associar-se a antecedentes atópicos. Exposição solar, banhos prolongados e sabões no inverno, são fatores desencadeantes.

SINONÍMIA: darto volante, eczemátide.

ETIOLOGIA: desconhecida. Acredita-se que o ressecamento da pele (xerose) seja um fator desencadeante importante.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hanseníase indeterminada, pitiríase versicolor e vitiligo. A luz de Wood é de extrema importância no diagnóstico diferencial dessas duas últimas enfermidades. Nessa manobra diagnóstica na pitiríase versicolor aparece fluorescência rósea-dourada e no vitiligo visualiza-se que se trata de mancha acrômica nacarada.

TRATAMENTO: hidratação e umectação da pele com cremes emolientes, que podem ser associados à substâncias higroscópicas (uréia 10%; lactato de amônio 12%), fotoprotetores. Cremes ou pomadas com corticosteróides. Cremes com ácido salicílico a 3% ou uréia a 10%.

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA: doença universal mais comum em países tropicais e no verão.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: não se aplica.



PITIRÍASE VERSICOLOR

CID-10: B36.0

DESCRIÇÃO: micose superficial extremamente comum, mais freqüente nas regiões quentes e úmidas. Caracteriza-se por manchas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com descamação fina (furfurácea) que aparecem mais freqüentemente no pescoço, tórax e raízes dos membros superiores. A descamação fica mais evidente ao se passar a unha na lesão (sinal da unha) ou realizar estiramento da pele lesional (sinal de Zileri).

SINONÍMIA: pano branco, pano, titinga.

ETIOLOGIA: é causada pelo fungo *Malassezia spp.*

RESERVATÓRIO: natureza e homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: parece haver predisposição constitucional do indivíduo. Admite-se que o fungo seja comensal da epiderme e as lesões apareçam por esta prédisposição constitucional. Transmissão pessoa-a-pessoa não é freqüente.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não determinado.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão habitada.

COMPLICAÇÕES: não há.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hanseníase indeterminada, eczemátide. Pitiríase rósea de Gibert: erupção em placas eritematosas com descamação central, com prurido ausente ou discreto. As lesões predominam no tronco posterior em distribuição em “árvore de natal”. Geralmente, poupa a face e as regiões palmo-plantares. Precedendo em alguns dias o rash, ocorre lesão única - “medalhão” - em geral maior e que desaparece espontaneamente.

TRATAMENTO: há que tratar a pele e o couro cabeludo. Sulfeto de Selênio sob a forma de xampu por 30 dias, enxaguar após 5 minutos, o mesmo é também aplicado na pele; ou, associado a antimicóticos tópicos, cetoconazol creme 2 a 3 vezes ao dia, até o desaparecimento das lesões. A opção de uso sistêmico é o Cetoconazol, 15mg/kg/dia por 10 dias e no adulto Cetoconazol - 200mg/dia, por 10 dias.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal com maior ocorrência em países tropicais e no verão.



OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: não se aplica.



RUBÉOLA

CID-10: B06

DESCRIÇÃO: doença exantemática viral aguda, caracterizada por exantema máculo-papular, que se inicia na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se para o tronco e membros. Apresenta febre baixa e linfadenopatia generalizada, principalmente suboccipital, pós-auricular e cervical posterior, geralmente precedendo o exantema, em 5 a 10 dias. Adolescentes e adultos podem apresentar poliartralgia, poliartrite, conjuntivite, coriza e tosse.

SINONÍMIA: sarampo alemão.

ETIOLOGIA: vírus RNA, gênero Rubivírus, família *Togaviridae*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: direto, através do contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 14 a 21 dias, com duração média de 17 dias, podendo variar de 12 a 23 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: de 5 a 7 dias antes do início do exantema e de 5 a 7 dias após.

DIAGNÓSTICO: é clínico, laboratorial e epidemiológico. Leucopenia é um achado freqüente. O diagnóstico sorológico pode ser realizado através da detecção de anticorpos IgM específicos para rubéola, desde o início até o 28º dia após o exantema. A sua presença indica infecção recente. A detecção de anticorpos IgG ocorre, geralmente, após o desaparecimento do exantema, alcançando pico máximo entre 10 e 20 dias, permanecendo detectáveis por toda a vida. São utilizadas as seguintes técnicas: inibição da hemaglutinação, que apesar do baixo custo e simples execução, seu uso vem sendo substituído por outras técnicas mais sensíveis, como aglutinação do látex, imunofluorescência, hemaglutinação passiva, ensaio imunoenzimático (ELISA). Os laboratórios de referência para o diagnóstico da rubéola, realizam de rotina, somente a pesquisa de anticorpos IgM, pelo método ELISA, no caso de rubéola pós natal. A conduta para gestantes é diferenciada.

TRATAMENTO: de suporte.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: distribuição universal, com maior freqüência no final do inverno e início da primavera. Observa-se a ocorrência de epidemias cíclicas, a depender da existência de suscetíveis. Nas populações não imunizadas, a rubéola pós-natal ocorre com



freqüência em crianças de 5 a 9 anos, sendo uma doença benigna e com baixa letalidade, atingindo também adolescentes e adultos.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: identificar precocemente a circulação do vírus nas populações, visando a adoção das medidas de controle pertinentes (imunização), com o propósito de evitar a ocorrência de novos casos de síndrome da rubéola congênita.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

DEFINIÇÃO DE CASO: rubéola pós-natal.

⇒ **SUSPEITO:** toda pessoa com febre, exantema máculopapular e linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, que o profissional de saúde suspeite do diagnóstico de rubéola, independentemente da situação vacinal.

⇒ **CONFIRMADO:** por um dos seguintes critérios: 1) indivíduo com exame laboratorial positivo para IgM; 2) vínculo epidemiológico a caso confirmado laboratorialmente no período de 12 a 23 dias do aparecimento dos sintomas; 3) clínico: quando houver suspeita clínica, sem investigação epidemiológica e sem coleta de sangue para sorologia; 4) falta de acompanhamento: caso suspeito sem realização ou conclusão de investigação epidemiológica e exames laboratoriais.

⇒ **DESCARTADO:** quando o exame sorológico for negativo para pesquisa de IgM do 1º ao 4º dia ou após o 28º dia do início do exantema; ou tiver vínculo epidemiológico e clínico compatível com outra doença exantemática.

MEDIDAS DE CONTROLE: para diminuir a circulação do vírus da rubéola e, conseqüentemente, a prevenção adequada da SRC, devem ser mantidas altas coberturas vacinais homogêneas com a vacina tríplice viral: a) Esquema vacinal básico: a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) está recomendada na rotina, a partir dos 12 meses de idade. b) Vacinação de bloqueio: apesar da vacinação de exposto ao risco não prevenir a doença, recomenda-se vacinação seletiva com o objetivo de aproveitar a oportunidade para vacinar os contatos suscetíveis. Contra-indicada a vacinação em gestantes; as mulheres vacinadas devem ser aconselhadas a evitar gestação no 1º mês seguinte à vacinação. c) Comunicantes: gestantes expostas devem ser avaliadas sorologicamente, acompanhadas e orientadas, quando necessário (vide capítulo da Síndrome da Rubéola Congênita). d) Isolamento: crianças e adultos com rubéola pós-natal devem ser afastados de atividades habituais durante o período de transmissibilidade. Gestantes suscetíveis devem ser afastadas do contato com casos e comunicantes, durante o período de transmissibilidade e incubação da doença. Pessoas hospitalizadas: isolamento de contato.



RUBÉOLA CONGÊNITA

CID-10: A33.0

DESCRIÇÃO: a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) geralmente é grave e pode acometer 40 a 60% dos recém-nascidos (RN) cujas mães foram infectadas durante os dois primeiros meses de gestação; 30 a 35% dos RN, no 3º mês de gestação; 10% dos RN quando a infecção na gestação se dá durante o 4º mês, sendo mais raro o acometimento após a 20ª semana. Os principais sinais e sintomas da infecção intrauterina são o aborto espontâneo, malformação congênita de grandes órgãos e sistemas como: oculares (microftalmia, retinopatia, glaucoma e catarata), cardíaca (persistência de ducto arterial, defeitos do tabique interauricular e interventricular, estenose da artéria pulmonar), deficiência auditiva e alterações neurológicas (meningoencefalite, retardo mental), púrpura, esplenomegalia, osteopatia radiolúcida. É possível a ocorrência de formas leves, com surdez parcial ou pequenas deficiências cardíacas, que só serão diagnosticadas muitos anos após o nascimento. A infecção é tanto mais grave quanto mais precoce for a contaminação do feto, pois o vírus tem tropismo por tecidos jovens.

ETIOLOGIA: vírus RNA, gênero Rubivirus, família *Togaviridae*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: a infecção é adquirida através da via intra-uterina.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: na SRC, não há período de incubação definido.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: lactentes com SRC podem eliminar vírus através das secreções nasofaríngeas e da urina por um ano ou mais.

DIAGNÓSTICO: é clínico, epidemiológico e laboratorial. a) Diagnóstico na gestante: na gestante sintomática, uma coleta após o início do exantema. Se o resultado da pesquisa de IgM e IgG for negativo em amostras coletadas do 1º ao 28º dia do início do exantema, realizar nova coleta para pesquisa de IgG. Gestante assintomática com história de exposição: uma coleta no momento da consulta e segunda coleta após 28 a 42 dias da exposição. Considera-se infecção recente por rubéola, resultado IgM positivo em qualquer das amostras ou IgG positivo somente na 2ª amostra. b) Diagnóstico SRC: a sorologia é realizada através da detecção de IgM no recém-nascido ou pelo acompanhamento dos níveis de IgG durante tempo mais prolongado (alguns meses até 2 anos de idade). O achado de níveis de IgG estáveis ou elevados confirmam o diagnóstico. A queda de anticorpos IgG na criança sugere a presença de anticorpos maternos em declínio. c) Isolamento do



vírus: pode ser realizado a partir de secreções nasais, sangue, urina e líquido com inoculação em cultura celular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: com outras infecções congênicas: toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, herpes e outras.

TRATAMENTO: não há tratamento específico.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a incidência de rubéola congênita em uma população depende do número de suscetíveis, da circulação viral e do uso de vacina específica. Estima-se que a incidência da SRC em relação ao número de casos de rubéola pós-natal notificados é de 0,13%. No Brasil, em 1986, foi realizado inquérito sorológico em cinco capitais brasileiras, em mulheres na faixa etária de 10 a 21 anos. Encontrou-se, em 7.537 amostras examinadas, uma prevalência de anticorpos para rubéola de 68,5%, o que significa que há um contingente de mulheres em idade fértil expostas ao risco de contrair a rubéola no curso da gestação, isso porque a ocorrência da doença em adolescentes e adultos favorece o surgimento da SRC, que se caracteriza pela sua gravidade, com ocorrência de óbitos e seqüelas.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: evitar a ocorrência de novos casos de SRC, através da imunização das populações suscetíveis, particularmente das mulheres, antes do início da idade fértil; conhecer a magnitude da SRC e avaliar o impacto das ações de controle.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

DEFINIÇÃO DE CASO

- ⇒ **SUSPEITO:** deve ser considerado caso suspeito de SRC: todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação, ou - toda criança de até 12 meses que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.
- ⇒ **CONFIRMADO:** o caso suspeito é confirmado quando há presença de malformações congênicas e, pelo menos, uma das seguintes condições: presença de anticorpos IgM específicos; título de anticorpos da classe IgG, detectados através de ensaio imunoenzimático (ELISA), mantidos persistentemente elevados ou acima do esperado pela transferência passiva de anticorpos maternos.
- ⇒ **COMPATÍVEL:** quando os resultados laboratoriais forem insuficientes para confirmação do diagnóstico e o recém-nascido apresentar duas das complicações relacionadas no item 1 ou, uma do item 1 associada à outra do item 2: 1) catarata/glaucoma (interpretar como uma só manifestação), cardiopatia congênita, surdez, retinopatia pigmentar. 2) púrpura, esplenomegalia, icterícia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalite, radioluscências ósseas; ou, quando os resultados laboratoriais forem insuficientes para confirmação do diagnóstico e o recém-nascido apresentar pelo menos uma das complicações relacionadas acima, associada à história de infecção materna comprovada por laboratório ou vínculo epidemiológico durante a gestação.
- ⇒ **INFECÇÃO CONGÊNITA:** criança submetida a uma avaliação minuciosa na qual não foi observada nenhuma das alterações permanentes ou progressivas, embora haja evidência laboratorial de infecção pelo vírus da rubéola, podendo ou não apresentar manifestações transitórias. De fato, não se trata de um caso de SRC.



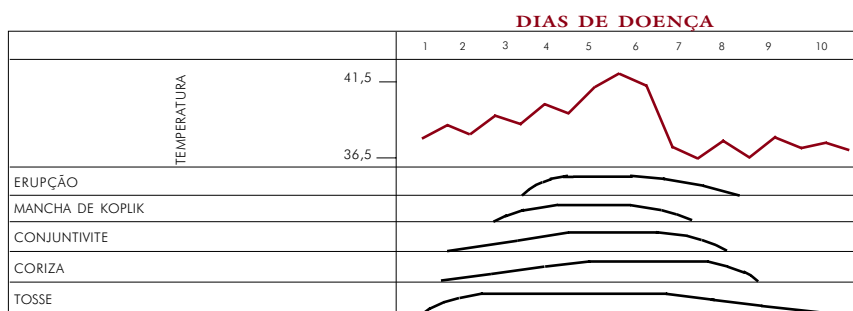
- ⇒ **PERDA FETAL:** caso de abortamento ou de natimorto resultante de gestação durante a qual se comprovou a ocorrência de rubéola, independente de confirmação de afecção no feto.
- ⇒ **DESCARTADO:** quando cumprir uma das seguintes condições: - títulos de IgM e IgG ausentes em crianças menores de 12 meses; - títulos de IgG ausentes na mãe; - títulos de IgG diminuindo em velocidade compatível com a transferência de anticorpos maternos detectados por ensaio imunoenzimático, a partir do nascimento. Quando, por qualquer motivo, os resultados do exame sorológico do recém-nascido não estiverem disponíveis e os dados clínicos forem insuficientes para classificar o caso como compatível.



CID-10: B05

SARAMPO

DESCRIÇÃO: doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância. A viremia decorrente da infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. A evolução apresenta três períodos bem definidos: a) Período prodrômico ou catarral: tem duração de 6 dias; no início da doença surge febre, acompanhada de tosse produtiva, corrimento seromucoso do nariz e dor nos olhos, conjuntivite e fotofobia. Os linfonodos estão pouco aumentados na região cervical e, algumas vezes, os intra-abdominais dão reações dolorosas no abdome. Nas últimas 24 horas do período, surge na altura dos pré-molares, na região gemiana, o sinal de Koplik - pequenas manchas brancas com halo-eritematoso, consideradas sinal patognomônico do sarampo; b) Período exantemático: ocorre a acentuação de todos os sintomas já descritos, com prostração importante do paciente e surgimento do exantema característico. O rash exantemático é máculo-papular, de cor avermelhada, com distribuição em sentido céfalo-caudal. No primeiro dia, surge na região retro-auricular e face; no tronco, no segundo dia; e no terceiro dia, nas extremidades, persistindo por 5-6 dias; c) Período de convalescença ou de descamação furfurácea: as manchas tornam-se escurecidas e surge descamação fina, lembrando farinha, daí o nome furfurácea.



ETIOLOGIA: é um vírus RNA. Vírus do sarampo, pertencente ao gênero Morbillivirus, família *Paramyxoviridae*.

RESERVATÓRIO E FONTE DE INFECÇÃO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: é transmitido diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirros, falar ou respirar.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: geralmente dura 10 dias (variando de 7 a 18 dias), desde a data da exposição até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias até o início do exantema.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: é de 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema, até 4 dias após. O período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

COMPLICAÇÕES: pneumonias, encefalites, otites médias, laringites, laringotraqueobronquites, diarreias, dentre outras.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Este pode ser feito por: a) ELISA (IgM e IgG); Fixação do complemento; inibição de hemaglutinação ou imunofluorescência indireta; b) Isolamento do vírus em cultura de células, a partir de material colhido na orofaringe (até o 3º dia), sangue e na urina (até o 7º dia), a partir do início do exantema. No Brasil, os laboratórios de referência para o diagnóstico do sarampo, realizam de rotina, somente a pesquisa de anticorpos IgM, pelo método ELISA. Para o esclarecimento de situações particulares é realizado o isolamento viral em Laboratório de Referência Nacional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: doenças exantemáticas febris agudas: rubéola, exantema súbito, dengue, enterovirose, e sífilis secundária, evento adverso à vacina anti-sarampo.

TRATAMENTO: o tratamento é sintomático, podendo ser utilizados anti-térmicos, hidratação oral, terapia nutricional com incentivo ao aleitamento materno e higiene adequada dos olhos, da pele e das vias aéreas superiores. As complicações bacterianas do sarampo são tratadas especificamente com antibióticos adequados para o quadro clínico e, se possível, com a identificação do agente bacteriano. Nas populações onde a deficiência de vitamina A é um problema reconhecido, a OMS e UNICEF recomendam o uso de uma dose elevada e única de vitamina A nas pessoas acometidas pelo sarampo e suas complicações, nos indivíduos com imunodeficiências, com evidência de xerofthalmia, desnutrição e problemas de absorção intestinal. A suplementação de vitamina A é indicada na seguinte dosagem: a) crianças de 6 a 12 meses: 100.000UI, VO, em aerossol; b) crianças de 1 ano ou mais: 200.000UI, VO, em cápsula ou aerossol. Quando se detectar xerodermia, repetir a dose de Vitamina A, no dia seguinte.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, endêmica nos grandes conglomerados urbanos e epidemias a cada 2 ou 4 anos, quando a cobertura vacinal é baixa. A distribuição geográfica do sarampo depende da relação do grau de imunidade e suscetibilidade da população e da circulação do vírus na área. Atualmente, no Brasil, a incidência encontra-se bastante reduzida em virtude das atividades do Programa de Erradicação dessa doença. Em 1991, foram notificados 42.532 casos, representando um coeficiente de incidência de 29,1 por 100 mil habitantes. Em 1992, com a implantação do referido Programa, duas estratégias foram priorizadas: a realização da Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo e a implementação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com isso ocorreu significativa redução do número de notificações (7.934 casos). No ano de 1993, a doença permaneceu sob controle, tendo sido notificados 6.814 casos. Em 1994, foram notificados 4.934 casos e 4.792 e 4.786, em 1995 e 1996, respectivamente. O sarampo recrudescer em



1997, praticamente em todo o país, sobretudo em São Paulo e algumas cidades do Nordeste. Essa epidemia caracterizou-se pelo deslocamento da faixa etária para menores de 9 meses de idade e entre o grupo de 20 a 30 anos. Em 1998 e 1999, essa situação voltou a ser controlada em virtude da implementação do Plano de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola no Brasil, que resultaram em melhoria da vigilância epidemiológica e das estratégias de vacinação, tanto de rotina como das campanhas de seguimento. O último caso autóctone detectado foi em dezembro de 2000.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: desenvolver atividades de vigilância ativa da doença, vacinação de rotina em massa, visando a erradicação da transmissão autóctone do vírus.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória nacional e de investigação epidemiológica obrigatória imediata.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite.

⇒ **CONFIRMADO:** todo paciente que foi considerado como caso suspeito e que foi comprovado como um caso de sarampo, a partir de, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- **Laboratorial:** exame “reagente” ou “positivo para IgM”, indicando infecção recente pelo vírus do sarampo;
- **Vínculo epidemiológico:** paciente que em um período máximo de sete a 18 dias teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados pelo laboratório; ou com exame laboratorial “não reagente” ou “negativo para IgM” em amostra de sangue colhida precocemente (1º e 3º dia a partir do aparecimento do exantema) mas que teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados pelo laboratório (dentro de um período de sete a 18 dias antes do aparecimento dos sinais e sintomas).

⇒ **CLÍNICO:** quando se fez a suspeita clínica mas não houve coleta de amostra para sorologia; ou resultado do exame laboratorial é inconclusivo; ou não foi investigado, isto é, faltou acompanhamento; ou evoluiu para óbito sem a realização de qualquer exame laboratorial.

⇒ **DESCARTADO:** todo paciente que foi considerado como caso suspeito e que não foi comprovado como um caso de sarampo, a partir, de pelo menos, um dos critérios acima definidos.

Observação: o diagnóstico ou descarte mediante critério clínico, no atual estágio do Programa de Erradicação, significa falha da vigilância epidemiológica. É fundamental, os exames laboratoriais e a segunda investigação epidemiológica para o correto encerramento do caso.

MEDIDAS DE CONTROLE: todos os países das Américas estão desenvolvendo ações no sentido de erradicar esta virose. As principais atividades são: a) Vacinação: é a principal medida de controle do sarampo. Esquema básico: uma dose da vacina anti-sarampo a partir dos 9 meses, dose adicional a partir dos 12 meses (preferencialmente aos 15 meses, junto com o reforço da tríplice



bacteriana (DTP) e da Sabin ou com a tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba), também aos 15 meses. Em situação com alto risco de infecção (suspeita de surtos ou contatos intra-familiares com caso suspeito), a vacina deverá ser administrada em todas as faixas etárias, particularmente, dos seis meses aos 39 anos. Via de administração: a vacina contra o sarampo é administrada por via sub-cutânea, de preferência na face externa da parte superior do braço (região deltóide),



CID-10:
A50-A53

SÍFILIS / SÍFILIS CONGÊNITA

DESCRIÇÃO

⇒ **SÍFILIS ADQUIRIDA:** a sífilis é uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta. A evolução da sífilis é dividida em recente e tardia. A transmissão da sífilis adquirida é sexual e na área gênito-anal, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez.

- **Sífilis adquirida recente:** esta forma compreende o primeiro ano de evolução, período de desenvolvimento imunitário na sífilis não-tratada e inclui sífilis primária, secundária e latente. A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro ou protossifiloma, que surge em 1 a 2 semanas, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro, usualmente, desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas para sífilis tornam-se positivas entre a 2ª e a 4ª semanas do aparecimento do cancro. A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 4 a 8 semanas do aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por exantema morbiliforme não pruriginoso: a roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas e pápulo-escamosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos. As reações sorológicas são sempre positivas. No período de sífilis recente latente, não existem manifestações visíveis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos. Assim, o diagnóstico só é obtido pelas reações sorológicas. Pode ocorrer com frequência polimicroadenopatia, particularmente de linfonodos cervicais, epitrocleanos e inguinais.
- **Sífilis adquirida tardia:** é considerada tardia após o primeiro ano de evolução e ocorre em doentes que não receberam tratamento adequado ou que não foram tratados. Suas manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência e compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite osteíte esclerosante, artralguas, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais frequente de



comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningovascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

⇒ **SÍFILIS CONGÊNITA:** é consequente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária. A transmissão faz-se no período fetal a partir de 4 a 5 meses de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriais parece constituir obstáculo intransponível para o treponema. Após sua passagem transplacentária, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente em todo o organismo fetal.

- **Sífilis congênita precoce:** é aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida. Assume diversos graus de gravidade, sendo sua forma mais grave a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais; lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudo-paralisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite.
- **Sífilis congênita tardia:** é a denominação reservada para a sífilis que se declara após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríada de Hutchinson (dentes de Hutchinson + ceratite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre.

SINONÍMIA: lues, doença gálica, lues venérea, mal gálico, sífilose, doença britânica, mal venéreo, peste sexual.

ETIOLOGIA: *Treponema pallidum*, um espiroqueta de alta patogenicidade.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: da sífilis adquirida é sexual, na área genital, em quase todos os casos. O contágio extragenital é raro. Na sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. A transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: geralmente, de 1 a 3 semanas.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. A identificação do *Treponema pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do treponema, que se apresenta móvel. O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A



prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, que é uma microaglutinação que utiliza a cardiolipina. O resultado é dado em diluições, e esse é o método rotineiro de acompanhamento da resposta terapêutica, pois nota-se uma redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas em numerosas doenças. Rotineiramente, é utilizado o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquor, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteínoorraquia e a positividade das reações sorológicas. O RX de ossos longos é muito útil como apoio ao diagnóstico da sífilis congênita.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ⇒ **CANCRO PRIMÁRIO:** cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose;
- ⇒ **LESÕES CUTÂNEAS NA SÍFILIS SECUNDÁRIA:** sarampo, rubéola, pitíriase rósea de Gibert, eritema polimorfo, hanseníase virchowiana e colagenoses.
- ⇒ **SÍFILIS TARDIA:** se diferencia de acordo com as manifestações de cada indivíduo.
- ⇒ **SÍFILIS CONGÊNITA:** outras infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).

TRATAMENTO

- ⇒ **SÍFILIS ADQUIRIDA:** sífilis primária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, dose única (1.200.000, IM, em cada glúteo); sífilis secundária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 2 semanas (dose total 4.800.000UI); sífilis terciária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 3 semanas (dose total 7.200.000UI).
- ⇒ **SÍFILIS CONGÊNITA NO PERÍODO NEONATAL:** para todos os casos, toda gestante terá VDRL à admissão hospitalar ou imediatamente após o parto; todo recém-nascido cuja mãe tenha sorologia positiva para sífilis deverá ter VDRL de sangue periférico; nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada (terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta, ou tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto), independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar RX de ossos longos, punção lombar (se for impossível, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames quando clinicamente indicados. Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias; se houver alteração líquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina na dose de 150.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, líquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg. Acompanhamento clínico e com VDRL (1 e 3 meses). Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: VDRL em sangue periférico do RN; se for reagente ou na presença de alterações clínicas, realizar RX de ossos longos e punção lombar. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, tratar com penicilina cristalina, na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G



procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias. Se a sorologia (VDRL) do recém-nascido for 4 vezes maior (ou seja 2 diluições) que a da mãe, tratar com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias, ou penicilina G procaína, 50.000U/kg IM, por 10 dias. Se houver alteração liquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina, na dose de 150.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, acompanhar o paciente, mas na impossibilidade, tratar com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg. **Observações:** No caso de interrupção por mais de 1 dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho). **Seguimento:** ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar; diante das elevações de títulos sorológicos ou não-negativação desses até os 18 meses, reinvestigar o paciente.

⇒ **SÍFILIS CONGÊNITA APÓS O PERÍODO NEONATAL:** fazer o exame do LCR e iniciar o tratamento com penicilina G cristalina, 100.000 a 150.000 U/kg/dia, administrada a cada 4 a 6 horas, durante 10 a 14 dias.

⇒ **SÍFILIS E AIDS:** a associação de sífilis e aids é relativamente freqüente. De acordo com o grupo social, essa associação pode ocorrer em 25% dos doentes. São poucas as documentações sobre este assunto. Na maioria dos doentes com sífilis e infecção pelo HIV, as lesões do secundarismo podem ser numerosas e extensas, com fácil sangramento e tempo de cicatrização maior, sugerindo um quadro que ocorria no passado, denominado de sífilis maligna precoce. Os títulos sorológicos pelo VDRL podem ser mais elevados nos doentes co-infectados pelo HIV, dependendo do grau de imunossupressão é aconselhável que estes pacientes façam sorologia do líquido.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal, de transmissão sexual. A sífilis congênita constitui-se em doença de eliminação.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção ativa e precoce dos casos de sífilis congênita para tratamento adequado das mães e crianças, para adoção das medidas de controle visando sua eliminação; interromper a cadeia de transmissão da sífilis adquirida (detecção e tratamentos precoces dos casos e dos parceiros).

NOTIFICAÇÃO: a sífilis congênita é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. A sífilis adquirida deve ser notificada de acordo com as normas estaduais e/ou municipais. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, selecionou fontes de informações específicas em conjunto com estados e municípios para as DST, visando o aprimoramento da sua vigilância.

MEDIDAS DE CONTROLE: a) O Ministério da Saúde é signatário de acordo internacional que busca a “eliminação da sífilis congênita”. Para alcançar esse objetivo está em andamento a implantação de atividades especiais para eliminação, em aproximadamente 6.000 maternidades brasileiras. Deve-se observar a correta forma de tratamento dos pacientes; a plena integração de atividades com outros programas de saúde; o desenvolvimento de sistemas de vigilância locais ativos; b) Interrupção



da cadeia de transmissão (diagnóstico e tratamento adequados); c) Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente com DST para que discrimine as possíveis situações de risco em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e de comportamentos preventivos; d) Promoção do uso de preservativos; e) Aconselhamento aos parceiros; f) Educação em saúde, de modo geral. Observação: as associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. Portanto, toda DST constitui-se em evento sentinela para busca de outra doença sexualmente transmissível e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.



TINHA DO CORPO

CID-10: B35.4

DESCRIÇÃO: micose superficial que compromete a epiderme da face, tronco e membros. Freqüente em crianças. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões pápulo-vesiculosas, de crescimento centrífugo e descamação central e posteriormente também na periferia da lesão. Podem ser isoladas ou múltiplas, por vezes confluentes. Estas manifestações são acompanhadas de prurido.

SINOMÍMIA: impingem.

ETIOLOGIA: causada por espécies dos gêneros *Tricophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*.

RESERVATÓRIO: animais (cães e gatos) e humanos.

MODO DE TRANSMISSÃO: contatos com animais e pessoa a pessoa por contato direto ou indireto através de objetos contaminados.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: 4 a 10 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto existir lesões habitadas, os fungos vivem longo tempo no material contaminado.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: dermatite seborréica, pitiríase rósea de Gilbert, psoríase, granuloma anular, eritema anular centrífugo e sífilis secundária.

TRATAMENTO: respondem bem a antimicóticos tópicos. Nos casos rebeldes ou extensos, tratamento oral com Griseofulvina na dose de 10 a 20mg/kg de peso durante 30 dias. Outra opção é a Terbinafina na dose de 250mg/dia, se acima de 40kg; 125mg/dia se entre 20-40kg; e 62,5 mg/dia se abaixo de 20 kg, por 15 dias.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: distribuição universal, mais comum no sexo masculino.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratar os doentes, lavagem adequada de roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a roupa com ferro quente. Limpeza de banheiros coletivos com fungicidas. Identificação e tratamento de animais domésticos infectantes.



DESCRIÇÃO: micose superficial que atinge o couro cabeludo caracterizada por lesões eritematosas, escamosas e alopecia tonsurante. Inicia-se com pequena lesão eritematosa, escamosa, folicular. O quadro é de evolução crônica com o surgimento de tonsura. A lesão pode ser única ou múltipla. É rara no adulto, acomete principalmente as crianças.

SINONÍMIA: pelada.

ETIOLOGIA: causada por espécies de *Trichophyton* ou *Microsporum*. Uma forma muito rara em nosso meio é a tinea favosa, ocasionada pelo *Trichophyton Schoenleinii*. O agente mais comum é o *M.canis*, transmitido pelo cão ou gato doméstico. Outra possibilidade é a infecção pelo *T.rubrum*, de transmissão inter humana.

RESERVATÓRIO: animais (cães e gatos).

MODO DE TRANSMISSÃO: de animais contaminados para o homem, de pessoa a pessoa, por contato direto ou indireto através de máquina de cortar cabelo e artigos de toucador.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: 10 a 14 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão habitada, o fungo vive em material contaminado por longo período de tempo.

COMPLICAÇÕES: pode surgir uma forma aguda com intensa reação inflamatória e formação de pústulas e microabcessos - o chamado Kerion Celsi.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: dermatite seborréica, psoríase, alopecia areata (pelada), impetigo e foliculite. Miíase Furunculóide: provocada por larvas de moscas e caracterizada por lesões nodulares com abertura central, por onde drena secreção serosa e onde pode ser visto o movimento da larva.

TRATAMENTO: Griseofulvina: 15mg/kg de peso/dia, por um período de 30 a 60 dias ou até a regressão das lesões, ou Terbinafina nas seguintes doses: em crianças abaixo de 20kg é de 62,5mg por dia (metade de um comprimido de 125mg); de 20 a 40 kg um comprimido de 125mg ao dia; e acima de 40kg, 250mg por dia. Em adultos a dose é de 250mg por dia. O



tempo de tratamento é de no mínimo 30 dias ou até a cura clínica. Como medida complementar, antifúngicos locais. No Kerion Celsi, utilizar compressas de permanganato de potássio 1:40.000 e Griseofulvina oral.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal mais comum nos países tropicais.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: diagnóstico precoce e tratamento dos pacientes. Exame de crianças contactantes no ambiente familiar e na escola.



CID-10: B35.3

TINHA DOS PÉS

DESCRIÇÃO: infecção fúngica que acomete os espaços interdigitais e regiões plantares. As lesões podem ser intensamente puriginosas, descamativas e maceradas nos espaços interdigitais, podendo ocorrer fissuração.

SINONÍMIA: frieira, pé-de-atleta.

ETIOLOGIA: *Epidermophyton floccosum* e diversas espécies de *Trichophyton*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com pessoas contaminadas ou indireto através de objetos e pisos contaminados.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: desconhece-se.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto existir lesões habitadas, os fungos vivem longo tempo no material contaminado.

COMPLICAÇÕES: fissuras e infecções secundárias.

DIAGNÓSTICO: clínico-epidemiológico e laboratorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: candidíase, psoríase, dermatite de contato, disidroses.

TRATAMENTO: antimicóticos tópicos, ou Griseofulvina via oral - 10 a 20mg/kg/dia com dose máxima de 500mg/dia por 30 dias. A Terbinafina via oral, 250mg/dia por 30 dias pode ser usada. Para evitar recaídas, tomar banho calçando sandálias de dedo, colocar tênis ao sol e polvilhar o tênis ou o calçado com pó antifúngico.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: distribuição universal, mais comum em adultos jovens do sexo masculino, no verão. É rara na infância.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratar os doente, orientação no cuidado especial ao enxugar os espaços interdigitais dos dedos dos pés. Limpeza adequada dos pisos de ginásios e banheiros coletivos com fungicidas.



TUBERCULOSE CUTÂNEA

CID-10: A18.4

DESCRIÇÃO: doença infecciosa causada por bacilo álcool ácido resistente cuja principal forma clínica é a pulmonar mas que pode se manifestar também com lesões cutâneas. Essas tanto podem ser decorrentes de colonização do agente (bacilíferas) como de processo de hipersensibilização de foco tuberculoso ativo – tuberculides (abacilar ou paucibacilar. Os tipos clínicos de resposta a esta infecção são variadas assim como as lesões cutâneas. Primo infecção da tuberculose na pele é muito rara; caso aconteça desenvolve-se o complexo primário tuberculoso e a lesão local é denominada de **Cancro tuberculoso** que surge três a quatro semanas após a inoculação, caracterizada por pápula, placa ou nódulo que evolui cronicamente para ulceração e fistulização (abscesso frio), com ou sem linfangite. A tuberculose secundária ocorre em indivíduo previamente infectado, tuberculino positivo e com certo grau de imunidade, apresenta-se sob a forma de **Lupus vulgar** que são lesões que se iniciam por mácula, pápula ou nódulo de cor avermelhada e consistência mole, que coalescem resultando em placas infiltradas circulares que evoluem para atrofia central. Localizam-se em face e mento com ou sem invasão da mucosa oral. **Escrofuloderma** é a forma cutânea mais comum em nosso meio, em geral no pescoço, e resulta da propagação à pele de lesões tuberculosas de linfonodos ou ossos, eventualmente de articulações ou do epidídimo. A **tuberculose verrucosa** ocorre em pacientes previamente sensibilizados e que têm inoculação na pele. **Tuberculose cutânea conseqüente ao BCG** apresenta-se sob a forma de lesões não específicas tais como erupções exantemáticas, eritema nodoso, reações eczematosas, granulosas, cistos epiteliais e cicatrizes queloidianas. Já as lesões causadas diretamente pelo bacilo atenuado apresentam-se semelhantes ao cancro tuberculoso, Lupus vulgar ou escrofuloderma, e as manifestações podem surgir após meses ou anos no local da vacinação. **Eritema Indurado de Bazin:** verdadeira tuberculide, caracterizado por processo nodular nas pernas podendo relacionar-se a tuberculose. Há recomendação recente que paciente com TB extra-pulmonar deve realizar sorologia para HIV.

ETIOLOGIA: *Mycobacterium tuberculosis*.

RESERVATÓRIO: o homem (principal); gado bovino doente.

MODO DE TRANSMISSÃO: em geral as infecções cutâneas são conseqüentes à disseminação hematogênica (endógena) de bacilos que foram adquiridos por exposição em núcleos de gotículas suspensas no ar, expelidas por pessoas com tuberculose pulmonar. A inoculação do bacilo diretamente na pele (exógena) é muito rara.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: a doença respiratória se manifesta seis a 12 meses após a infecção inicial. Nas formas exógenas é de três a quatro semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento. Após a introdução do esquema terapêutico, de duas a três semanas.

COMPLICAÇÕES: tuberculose miliar.

DIAGNÓSTICO: história clínico-epidemiológica e exame histopatológico da lesão e de gânglios regionais. Bacterioscopia e cultura de material da lesão tem baixa positividade. É importante investigar se existem outros órgãos comprometidos, principalmente pulmões. A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose em pessoas não vacinadas com BCG. A prova tuberculínica positiva, isoladamente, indica apenas infecção e não necessariamente a doença tuberculose.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: esporotricose, leishmaniose tegumentar americana, paracoccidiodomicose. A escrofulose faz diagnóstico diferencial com linfoma, mononucleose.

TRATAMENTO: o tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo à residência do doente. A hospitalização é indicada apenas para os casos graves ou naqueles em que a probabilidade de abandono do tratamento, em virtude das condições sociais do doente, é alta. O esquema de tratamento da tuberculose está sintetizado nos quadros seguintes.

Esquema I: 2RHZ/4RH* - Indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, exceto meningite

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 45kg mg/kg/dia
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

*2RHZ - 1ª fase (2 meses), 4RH - 2ª fase (4 meses).

R - Rifampicina H - Isoniazida Z - Pirazinamida

Obs.: 1) No tratamento da tuberculose oftálmica e cutânea, a isoniazida poderá ser mantida por mais 6 meses, a critério médico (2RHZ/4RH/6H).

Esquema IR*: 2RHZE/4RHE* - Indicado nos casos de retratamento, em recidivantes e retorno após abandono do Esquema I

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 45kg mg/kg/dia
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1.200

*Esquema I reforçado. 2RHZE - 1ª fase (2 meses), 4RHE - 2ª fase (4 meses).

R - Rifampicina H - Isoniazida Z - Pirazinamida E - Etambutol

Obs.: 1) Os recidivantes de esquemas alternativos por toxicidade ao Esquema I devem ser avaliados para prescrição de esquema individualizado. 2) Havendo alteração visual durante o tratamento, o paciente deverá ser encaminhado para um serviço de referência, com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.



Esquema III: 3SETEZ/9EtE* - Indicado nos casos de falência do tratamento com os Esquemas I, IR e II

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/kg/dia	Mais de 45kg mg/kg/dia
1ª fase (3 meses)	S	20	500	1.000	1.000
	Et	12	250	500	750
	E	25	600	800	1.200
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (9 meses)	Et	12	250	500	750
	E	25	600	800	1.200

*3SEtEZ - 1ª fase (3 meses), 9EtE - 2ª fase (9 meses).

S - Streptomina Et - Etionamida Z - Pirazinamida E - Etambutol

Obs.: 1) Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomina deve ser administrada na dose de 500mg/dia. 2) Havendo alteração visual durante o tratamento, o paciente deverá ser encaminhado para um serviço de referência, com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal. No Brasil a forma pulmonar é de elevada incidência, mas as formas cutâneas quando comparadas à anterior são relativamente raras.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE: reduzir a transmissão do bacilo da tuberculose na população, por meio das ações de diagnóstico e tratamento.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória e investigação obrigatória.

MEDIDAS DE CONTROLE: baseia-se, principalmente, no diagnóstico e tratamento de casos bacilíferos.

⇒ **CONTROLE DE COMUNICANTES:** indicado, prioritariamente, para comunicantes que convivam com doentes bacilíferos e adultos que convivam com doentes menores de 5 anos, para identificação da possível fonte de infecção. Pacientes internados: medidas de isolamento respiratório.

⇒ **VACINAÇÃO BCG:** crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, sendo obrigatória para as crianças menores de um ano, com revacinação em idade escolar. Os recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV ou filhos de mães com aids, desde que não apresentem os sintomas da doença, deverão ser vacinados. Vacinar os trabalhadores de saúde, não reatores à prova tuberculínica. Há contra-indicação absoluta para aplicar a vacina BCG nos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas.

⇒ **QUIMIOPROFILAXIA:** recomendada em comunicantes de bacilífero pulmonar, menores de 5 anos, não vacinados com BCG, reatores à prova tuberculínica, com exame radiológico normal e sem sintomatologia clínica compatível com tuberculose; pessoas infectadas pelo bacilo (quimioprofilaxia secundária) ou não (quimioprofilaxia primária), na dosagem de 10mg/Kg/dia (até 400mg), diariamente, por um período de 6 meses. Recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero: administra-se a quimioprofilaxia por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica na criança. Se ela for reatora, mantém-se a isoniazida até completar 6 meses; se não for reatora, suspende-se a droga e aplica-se a vacina BCG; viragem tuberculínica recente; soropositivos para HIV, nos seguintes casos: comunicantes de bacilífero; menores de 5 anos; comunicantes intradomiciliares ou



institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente de prova tuberculínica; reatores ao PPD (5 mm ou mais) e assintomáticos; não reatores ao PPD (induração menor de 5 mm), com CD4 menor que 350 células/mm³ ou linfócitos totais menor que 1.000 células/mm³; portadores de lesões radiológicas cicatriciais ou com registro documental de ter sido reator ao PPD. Comunicantes intradomiciliares de bacilíferos e imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunossupressoras, sob criteriosa decisão médica.

⇒ **EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** esclarecimento quanto aos aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento.



TUNGÍASE

CID-10: B88.1

DESCRIÇÃO: dermatose parasitária onde é típico o encontro de pápulas amareladas (batata) com mais ou menos 0,5cm, de diâmetro com ponto negro central (parasita na sua parte posterior). Inicialmente, há prurido seguido por dor quando houver infecção secundária. Localizações mais comuns: ao redor das unhas dos dedos dos pés, plantas e calcanhares.

SINONÍMIA: bicho-de-pé.

ETIOLOGIA: provocada pela *Tunga penetrans*, que habita lugares secos e arenosos.

RESERVATÓRIO: animais de zona rural que vivem em chiqueiros e currais.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com solo contaminado.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: um a dois dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não é transmitida pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: os ferimentos provocados constituem porta de entrada para bactérias e fungos. Infecção bacteriana ou tétano são complicações de alto risco.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico com visualização do parasita.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: abscessos da região plantar, verruga plantar, calosidade.

TRATAMENTO: consiste na retirada do parasita com auxílio de agulha desinfetada, devendo todo o parasita ser retirado. Em seguida, usa-se tintura de iodo ou outro antisséptico no local. Havendo infecção secundária, tratar com antibioticoterapia tópica ou sistêmica.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: largamente encontrada em zonas rurais em chiqueiros e currais.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: promover condições sanitárias que impeçam a disseminação do agente no meio ambiente.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: a prevenção, através uso rotineiro de calçados é fundamental. Eliminação das fontes de infestação com inseticidas.



CID-10: L50

URTICÁRIA

DESCRIÇÃO: dermatose caracterizada por pápulas eritematosas agudas, de caráter súbito e duração efêmera. Manifesta-se por lesões eritêmato edematosas de tamanhos e formas diversas desde puntiformes até grandes placas, com aspectos bizarros, localizadas ou generalizadas. Característica marcante é o prurido. Quando as lesões aparecem em áreas de tecido frouxo ou na derme profunda, resultam em edema intenso ou localizado - Angioedema ou Edema de Quinke.

SINONÍMIA: fervor do sangue, líquen urticado.

ETIOLOGIA: ocasionada por reação imunológica ou não imunológica com liberação de substâncias vasoativas, principalmente a histamina.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: escoriações e infecções secundárias; edema de glote, angioedemas e urticárias gigantes.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hanseníase, eritema polimorfo, sífilis, estrófulo e mastocitose.

TRATAMENTO: investigação da causa. Lembrar que urticária nem sempre é um diagnóstico, podendo ser um sinal de doença sistêmica. Medidas profiláticas: afastar fatores desencadeantes, através de dietas de exclusão. Sintomático: antihistamínicos; corticóide sistêmico se necessário. Adrenalina sub-cutânea nos angioedemas e urticárias gigantes.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: distribuição universal.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: evitar contatos com fatores desencadeantes.



VARICELA / HERPES ZOSTER

CID-10:
B01 E B02

DESCRIÇÃO

- ⇒ **VARICELA:** é uma infecção viral primária, aguda, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular, de distribuição centrípeta, que, após algumas horas, adquire aspecto vesicular, evoluindo rapidamente para pústulas e, posteriormente, formando crostas em 3 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças, geralmente, é uma doença benigna e auto-limitada.
- ⇒ **HERPES ZOSTER:** geralmente, é decorrente da reativação do vírus da varicela em latência, ocorrendo em adultos e pacientes imunocomprometidos, como portadores de doenças crônicas, neoplasias, aids e outras. O herpes zoster tem quadro pleomórfico, causando desde doença benigna até outras formas graves, com êxito letal. Após a fase de disseminação hematogênica, em que atinge a pele, caminha centripetamente pelos nervos periféricos até os gânglios nervosos, onde poderá permanecer, em latência, por toda a vida. Causas diversas podem levar a uma reativação do vírus, que, caminhando centrifugamente pelo nervo periférico, atinge a pele, causando a característica erupção do herpes zoster. Excepcionalmente, há pacientes que desenvolvem herpes zoster após contato com doentes de varicela e, até mesmo, com outro doente de zoster, o que indica a possibilidade de uma reinfecção em paciente já previamente imunizado. É também possível uma criança adquirir varicela por contato com doente de zoster. O quadro clínico do herpes zoster é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevrálgicas, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaléia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção é unilateral, raramente ultrapassando a linha mediana, seguindo o trajeto de um nervo. Surgem de modo gradual, levando de 2 a 4 dias para se estabelecerem. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em 2 a 4 semanas. As regiões mais comprometidas são a torácica (53% dos casos), cervical (20%), trigêmeo (15%) e lombossacra (11%). Em pacientes imunossuprimidos, as lesões surgem em localizações atípicas e, geralmente, disseminadas. O envolvimento do VII par craniano leva a uma combinação de paralisia facial periférica e rash no pavilhão auditivo, denominado síndrome de Haysay-Hurt, com prognóstico de recuperação pouco provável. O acometimento do nervo



facial (paralisia de Bell) apresenta a característica de distorção da face. Lesões na ponta e asa do nariz sugerem envolvimento do ramo oftálmico do trigêmio com possível comprometimento ocular. Nos pacientes com Herpes Zoster disseminado e/ou recidivante é aconselhável fazer sorologia para HIV, além de pesquisar neoplasias malignas.

SINONÍMIA: catapora, “tatapora”, fogo que salta (varicela). Cobreiro (herpes zoster).

ETIOLOGIA: é um vírus RNA. Vírus *Varicella-Zoster*, família *Herpetoviridae*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: pessoa a pessoa, através de contato direto ou através de secreções respiratórias e, raramente, através de contato com lesões. Transmitida indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: entre 14 a 16 dias, podendo variar entre 10 a 20 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: varia de 1 a 2 dias antes da erupção até 5 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesículas, a infecção é possível.

COMPLICAÇÕES: infecção bacteriana secundária de pele: impetigo, abscesso, celulite, erisipela, causadas por *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, que podem levar a quadros sistêmicos de sepse, com artrite, pneumonia, endocardite. Encefalite ou meningite e glomerulonefrite. Pode ocorrer Síndrome de Reye, caracterizada por quadro neurológico de rápida progressão e disfunção hepática, associado ao uso de ácido acetil-salicílico principalmente em crianças. Infecção fetal, durante a gestação, pode levar à embriopatia, com síndrome da varicela congênita (varicela neonatal, em recém nascidos expostos, com microoftalmia, catarata, atrofia óptica e do sistema nervoso central). Imunodeprimidos podem ter a forma de varicela disseminada, varicela hemorrágica. Nevralgia pós-herpética: definida como dor persistente por 4 a 6 semanas após a erupção cutânea. Sua incidência é claramente associada à idade, atingindo cerca de 40% dos indivíduos acima de 50 anos. É mais freqüente em mulheres e após comprometimento do trigêmeo.

DIAGNÓSTICO: principalmente através do quadro clínico-epidemiológico. O vírus pode ser isolado das lesões vesiculares durante os primeiros 3 a 4 dias de erupção ou identificado através de células gigantes multinucleadas em lâminas preparadas a partir de material raspado da lesão, pela inoculação do líquido vesicular em culturas de tecido. Aumento em quatro vezes da titulação de anticorpos por diversos métodos (imunofluorescência, fixação do complemento, ELISA), que, também, são de auxílio no diagnóstico. O PCR tem sido empregado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: varíola (erradicada), coxsackioses, infecções cutâneas, dermatite herpetiforme de Dering Brocq, riquetsioses.

TRATAMENTO: sintomático. Antihistamínicos sistêmicos para atenuar o prurido e banhos de Permanganato de Potássio na diluição de 1:40.000. Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos sistêmicos. Varicela em crianças é uma doença benigna, em geral não sendo necessário tratamento específico.



- ⇒ **TÓPICO:** compressas de permanganato de potássio (1:40.000) ou água boricada a 2%, várias vezes ao dia.
- ⇒ **ESPECÍFICO:** antivirais: aciclovir - em crianças, quando indicado, 20mg/kg/dose, VO, 4 vezes ao dia, dose máxima 800mg/dia, durante 5 dias. Adultos: aciclovir, em altas doses, 800mg, VO, 5 vezes ao dia, durante 7 dias. Seu uso está indicado apenas para casos de varicela de evolução moderada ou severa em maiores de 12 anos, com doença cutânea ou pulmonar crônica. Não está indicado seu uso em casos de varicela não complicada, sendo discutível a utilização em gestantes. Crianças imunocomprometidas não devem fazer uso de aciclovir oral. Aciclovir intravenoso é recomendado, em pacientes imunocomprometidos ou em casos graves, na dosagem de 10mg/kg, a cada 8 horas, infundido durante uma hora, durante 7 a 14 dias. Seu uso está indicado, com restrições, em gestantes com complicações graves de varicela. Outros antivirais têm sido indicados. A nevralgia pós-herpética (NPH) é uma complicação freqüente (até 20%) da infecção pelo herpes zoster, que se caracteriza pela refratariedade ao tratamento. A terapia antiviral específica, iniciada dentro de 72 horas após o surgimento do rash, reduz a ocorrência da NPH. O uso de corticosteróides, na fase aguda da doença, não altera a incidência e a gravidade do NPH, porém reduz a neurite aguda, devendo ser adotada em pacientes sem imunocomprometimento. Uma vez instalada a NPH, o arsenal terapêutico é enorme, porém não há uma droga eficaz para seu controle. São utilizados: creme de capsaicina, 0,025% a 0,075%; lidocaína gel, a 5%; amitriplina, em doses de 25 a 75mg, VO; carbamazepina, em doses de 100 a 400mg, VO; benzodiazepínicos; rizotomia, termocoagulação e simpatectomia.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a varicela é uma doença benigna, mas altamente contagiosa, que ocorre principalmente em menores de 15 anos de idade. É mais freqüente no final do inverno e início da primavera. Indivíduos imunocomprometidos, quando adquirem varicela primária ou recorrente, possuem maior risco de doença grave. A taxa de ataque para síndrome de varicela congênita, em recém-nascidos de mães com varicela no primeiro semestre de gravidez, é 1,2%; quando a infecção ocorreu entre a 13^a e 20^a semanas de gestação é de 2%. Recém-nascidos que adquirem varicela entre 5 a 10 dias de vida, cujas mães infectaram-se cinco dias antes do parto e dois dias após o mesmo, estão mais expostos à varicela grave, com a letalidade podendo atingir 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos 2 anos de idade estão relacionadas à ocorrência de zoster em idades mais jovens. Herpes Zoster e Aids: a partir de 1981, o herpes zoster passou a ser reconhecido como uma infecção freqüente em pacientes portadores de HIV. Posteriormente, observações epidemiológicas demonstraram ser uma manifestação inicial de infecção pelo HIV, cuja ocorrência é preditiva de soropositividade para HIV, em populações de risco. A incidência de herpes zoster é significativamente maior entre indivíduos HIV positivos que entre os soro negativos (15 vezes mais freqüente nos primeiros). A incidência cumulativa de zoster por 12 anos após a infecção pelo HIV foi de 30%, ocorrendo segundo uma taxa relativamente constante, podendo ser manifestação precoce ou tardia da infecção pelo HIV. Complicações, como retinite, necrose aguda de retina e encefalite progressiva fatal, têm sido relatadas com mais freqüência em pacientes HIV positivos.



OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: fazer isolamento dos casos visando impedir a disseminação da doença.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE

⇒ **VACINAÇÃO:** indicações: não faz parte do calendário básico de vacinações, mas pode ser utilizada entre 1 e 13 anos de idade. Após essa faixa etária, o seu uso está restrito a indivíduos com risco elevado de formas graves da doença. Utilizada até três dias após a exposição, pode prevenir a ocorrência de doença no contato. Crianças de 12 meses a 12 anos: dose única de 0,5ml, via subcutânea. Acima de 12 anos: deve ser administrada em duas doses de 0,5ml, com intervalo de 4 a 8 semanas, via subcutânea.

- **Contra-indicações:** pacientes imunodeprimidos como imunodeficiência congênita, discrasias sanguíneas, leucemia, linfomas, infecção HIV, uso de corticosteróides, gravidez, história de reação anafilática à neomicina. Só deverá ser administrada 5 meses após uso de imunoglobulinas ou transfusões sanguíneas.

⇒ **IMUNOGLOBULINA HIPERIMUNE ANTI VARICELA ZOSTER:** 125UI, IM, para cada 10kg de peso. A dose máxima é 625UI. Indicada para indivíduos susceptíveis sob alto risco de desenvolver varicela severa, nas seguintes condições: recém-nascidos expostos à mãe com varicela adquirida 5 dias antes do parto ou dois dias após; gestantes sem história anterior de varicela, devendo ser aplicada até 96 horas após a exposição. Não é efetiva após estabelecimento da doença. Crianças imunocomprometidas, em uso de drogas imunossupressoras.

⇒ **MEDIDAS GERAIS:** lavar as mãos após tocar lesões potencialmente infecciosas.

⇒ **MEDIDAS ESPECÍFICAS:** isolamento: crianças com varicela não complicada podem retornar à escola no 6º dia após o surgimento do rash cutâneo. Crianças imunodeprimidas ou que apresentam curso clínico prolongado só deverão retornar às atividades após o término da erupção vesicular. Pacientes internados: isolamento. Desinfecção: concorrente dos objetos contaminados com secreções nasofaríngeas.



VERRUGAS

CID-10: B07

DESCRIÇÃO: proliferações benignas contagiosas que surgem a partir de uma infecção viral na epiderme ou na mucosa. As lesões são geralmente assintomáticas, porém algumas, como as lesões plantares, podem ser dolorosas. Podem cursar com o aumento de número e tamanho das lesões, apresentar infecção bacteriana secundária e involuir espontaneamente. Classificam-se as verrugas de acordo com sua localização e morfologia. Há 5 diferentes tipos: vulgar, plantar, filiforme, plana e genital.

- ⇒ **VERRUGA VULGAR:** representam 70% de todas as verrugas e se manifestam por pápulas com hiperkeratoses que aparecem em qualquer lugar, sendo mais comuns nos dedos (periungueais) e dorso das mãos.
- ⇒ **VERRUGA PLANTAR:** representam 24% dos casos de verrugas e manifestam-se por pápulas arredondadas com hiperqueratose de crescimento endofítico evidenciando uma área central irregular envolta por um anel hiperqueratótico, denominado vulgarmente de “olho de peixe”. Normalmente não ultrapassam a superfície da pele porque a pressão do corpo durante a deambulação vai achatando-as e empurrando-as para o interior, ficando a área ao redor amarelada e muito dolorosa, dificultando a deambulação. Esse tipo de verruga profunda é chamado de mirmécia. As lesões podem se agrupar formando placas com hiperkeratoses, verrugas em mosaico: geralmente apresentam pontos negros que são vasos sanguíneos.
- ⇒ **VERRUGA PLANA:** observada em cerca de 3,5% dos casos de verrugas: apresentam-se como pápulas planas pequenas, com pouca hiperkeratose, em geral múltiplas e de localização preferencial na face de crianças, dorso das mãos de adultos, área da barba (homens) e pernas (mulheres).
- ⇒ **VERRUGA FILIFORME:** representam 2% dos casos de verrugas: em geral são lesões isoladas, ou pouco numerosas, semelhantes a espículas que surgem perpendicularmente ou obliquamente à superfície cutânea. Áreas de predileção: face, pescoço e comissuras da boca.
- ⇒ **VERRUGA ANOGENITAL:** também chamada condiloma acuminado são pápulas vegetantes, não ceratósicas, rosadas e úmidas, que aumentam em número e coalescem formando placas vegetantes na mucosa da genitália masculina e feminina e ao redor do ânus. Podem durar de



poucas semanas a muitos anos. Até 70% das infecções genitais pelo HPV podem ser subclínicas.

⇒ **EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME:** é forma rara, causada por alguns tipos de HPV em indivíduos com defeito na imunidade celular. Como resultado, há disseminação das lesões verrucosas, em geral planas, e pela ação oncogênica dos vírus, desenvolvimento de carcinomas, principalmente em áreas expostas ao sol. Em cerca de 25% dos casos há ocorrência familiar. Inicia-se na infância ou na adolescência.

⇒ **CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE DE BUSCHKE E LOEWENSTEIN:** ocorre pelo crescimento exuberante das lesões, formando massas vegetantes em torno da glândula, às vezes obstruindo a vulva e ou o ânus. Histologicamente, geralmente é um carcinoma espinocelular bem diferenciado.

SINONÍMIA: “berruga”.

ETIOLOGIA: os vírus que causam verrugas pertencem à família Papillomavirus humano HPV (existem mais de 60 tipos).

⇒ **VERRUGA VULGAR:** HPV 1, 2, 4, 26-29.

⇒ **VERRUGA PLANTAR:** HPV 1, 4 e 63.

⇒ **VERRUGA PLANA:** HPV 2, 3, 10, 26-29 e 41.

⇒ **VERRUGA FILIFORME:** HPV 2, 3, 10, 23-29 e 41.

⇒ **VERRUGA ANOGENITAL:** HPV não associados a displasia 6, 11, 30, 43, 44 e 55. HPV associados ao câncer 16, 18, 31, 32, 33, 35, 39, 42, 51-54.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: o modo de transmissão é através do contato entre pessoas e, algumas vezes, indiretamente: também pode ser por autoinoculação. Pequenos traumatismos predis põem à infecção. Acredita-se que cada nova lesão seja resultado de autoinoculação. O grau de infectividade é alto nas verrugas genitais, embora haja poucos vírus nessas lesões e, baixo, nas verrugas comuns e plantares, embora as plantares apresentem uma grande quantidade de vírus. São considerados fatores de risco: dermatite atópica, imunossupressão, promiscuidade. A gravidez estimula o crescimento de verrugas e condilomas pré-existentes. Parece haver transmissão no uso de piscinas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: varia de 2 a 6 meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: desconhece-se. Imagina-se que enquanto houver lesão.

COMPLICAÇÕES: disseminação em pacientes suscetíveis e imunodeprimidos.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial (Colpocitologia - teste do ácido acético 5% - aplicado na área genital, opacifica o epitélio displásico ou metaplásico - imunohistoquímica: tipagem viral através da biópsia de pele e emprego de técnicas de biologia molecular - histopatologia).



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ VERRUGAS GENITAIS

- **Condiloma plano:** forma lesões pápulo-erosivas, hipertróficas e maceradas, cor da pele, em áreas genitais ou perianais. Causada pelo *Treponema pallidum* fazendo parte do período secundário da sífilis. Nesses casos o VDRL é positivo.
- **Molusco contagioso:** dermatovirose que se manifesta por pápulas peroladas com depressão central.
- **Carcinoma espinocelular:** inicia-se por uma pápula quase sempre com superfície ceratásica, podendo evoluir para uma úlcera ou erosão, ou ainda como uma lesão vegetante ou úlcero-vegetante.
- **Papulose bowenóide:** clinicamente as lesões parecem benignas mas ao exame histopatológico, encontram-se atipias celulares na epiderme, estando fortemente associada ao HPV16. São pápulas pequenas, usualmente múltiplas, às vezes pigmentadas, presentes nas superfícies cutâneas ou mucosas da região anogenital: na maioria das vezes há história de tratamento anterior de verrugas genitais com podofilina, que possivelmente estimula a ação oncogênica dos HPV. A evolução para carcinoma é observada em menos de 5% dos casos.
- **Coroa hirsuta do pênis (pápulas peroladas):** minipápulas, hemisféricas, cônicas ou aplanadas, às vezes filiformes, localizadas no sulco bálano-prepucial ou na coroa da glande; assintomáticas, raras na criança e freqüentes no adulto; não necessitam de tratamento.

⇒ VERRUGAS PLANA E VULGAR

- **Líquen plano:** pápulas poligonais, achatadas, de superfície lisa, brilhante e cor vermelho violácea. Na superfície há estrias ou pontuações esbranquiçadas em rede (estrias de Wickham), geralmente tem distribuição simétrica; as lesões mucosas ocorrem em 11% dos casos; pode haver prurido.
- **Ceratose seborréica:** pápulas circunscritas, ligeiramente elevadas, verrucosas, cuja cor varia do castanho claro ao escuro, recobertas por escamas aderentes, córneas e graxentas que, quando retiradas, mostram superfície mamilonada ou sulcada.
- **Ceratose actínica:** lesões máculo-papulosa, recobertas por escamas aderentes, secas, duras, de superfície áspera, de cor amarela a castanho escura, freqüentes nas áreas expostas à luz solar de pessoas idosas ou adultos de meia-idade de pele clara.
- **Carcinoma espinocelular:** pode se apresentar como úlcera ou como lesão de crescimento irregular, refratária ao tratamento para verruga.
- **Dermatose papulosa nigra:** variante da ceratose seborréica, ocorre mais em mulheres negras, representada por pápulas pretas, ligeiramente elevadas, localizadas na face, particularmente na região malar.



⇒ VERRUGAS FILIFORMES

- **acrocórdon:** geralmente surge na meia-idade, quase sempre em mulheres e principalmente no período pós-gravidez; pápulas filiformes da cor da pele ou castanho-preta, principalmente no pescoço, porção superior do tronco e axilas.

TRATAMENTO

⇒ **OBSERVAÇÕES GERAIS:** evitar tratamentos agressivos que podem resultar em dor e cicatrizes inestéticas. Expectativa de sucesso de 60-90%, em qualquer forma de tratamento, não havendo nenhum estudo na literatura médica atual que demonstre a forma mais efetiva de tratamento.

⇒ **TRATAMENTO TÓPICO**

- **Ceratolíticos:** utilizados para verrugas vulgares, planas, palmares e plantares, periungueais. Podem causar dor, ardor, erosão ou inflamação.
 - **Ácido salicílico:** principal agente queratolítico utilizado em Dermatologia, que exerce essa ação em concentrações superiores à 4%. Quando em excesso, absorvido pela pele, pode produzir quadro tóxico: náuseas, vômitos, dispnéia, tinnitus e alucinações. a) **Ácido salicílico 16%:** aplicar compressas com água morna e lixar; proteger a pele ao redor da lesão com vaselina, aplicar o medicamento e cobrir com esparadrapo. Aplicação diária até desaparecimento das lesões; b) **Ácido salicílico 27%:** mais utilizada para lesões palmo-plantares e periungueais; c) **Ácido salicílico 40%:** “patches” que são aplicados sobre a lesão com curativo oclusivo, devendo ser removidos após 48h. Mais utilizado para verrugas plantares.
 - **Podofilina:** indicada para condilomas acuminados (verruga genital) em solução alcoólica a 25%. É um antimitótico e não deve ser usado em gestantes.
- **Cáusticos químicos:** ácido nítrico fumegante, ácido tricloroacético - 50-75%.
- **Eletrocauterização:** com bisturi elétrico.
- **Criocirurgia:** com nitrogênio líquido.

Observação: Excisão e sutura das lesões devem ser evitadas pela disseminação do vírus.

⇒ **CIRÚRGICO:** opção terapêutica para casos específicos (falha terapêutica, verrugas filiformes e periorificiais) e devem ser reservadas para uso no nível secundário ou terciário.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: as verrugas são encontradas em 7 a 10% da população e podem ocorrer em qualquer idade, porém são mais frequentes em crianças e adultos jovens.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: explicar a etiologia da doença, enfatizando que algumas pessoas são mais susceptíveis. Orientar os pacientes quanto ao uso adequado do medicamento (quando for possível o uso domiciliar) por tratar-se de substância cáustica. Orientar quanto ao risco da



auto-inoculação. Incentivar que familiares com quadro semelhante procurem o atendimento. Desestimular uso de produtos populares agressivos, chamando atenção para o caráter auto-limitado da doença. Evitar uso de piscinas. Deve ser explicado que o desaparecimento da lesão não significa a erradicação completa da doença. As recidivas são freqüentes. Pacientes do sexo feminino com verrugas genitais ou parceiras de pacientes masculinos com verrugas genitais devem ser monitoradas anualmente através de exame colpocitológico e exame ginecológico devido ao risco de câncer do trato genital causado por alguns tipos de vírus. Em crianças com lesões anogenitais, deve ser levantada a possibilidade de abuso sexual.



RECOMENDAÇÕES PARA USO DE CORTICOSTERÓIDES

Observações sobre os medicamentos recomendados:

CORTICOSTERÓIDES

⇒ SISTÊMICOS

- **Dose:** são extremamente variáveis, mas em geral utiliza-se como base a Prednisona 0,5mg/kg/dia que é a dose antiinflamatória; ou de 1-2mg/kg/dia, que é a dose imunossupressora. É utilizada uma tabela de equivalência em que 5mg de Prednisona ou Prednisolona equivale a 4mg de triancinolona e ou metiprednisolona; 0,6mg de betametasona e 0,75mg de dexametasona.
- **Apresentações**
 - Prednisona: comprimidos de 5 e 20mg.
 - Prednisolona: comprimidos de 5 e 20mg e solução oral de 5mg de prednisolona em cada 5ml.
- **Efeitos colaterais:** alterações metabólicas - aparecimento e agravamento de diabetes, elevação de triglicerídeos, aumento de peso e disposição da gordura em “corcova de búfalo” e “facies em lua cheia”.
- **Alterações músculo-esquelética:** osteoporose, miopatia, necrose asséptica na cabeça do fêmur.
- **Alterações hematológicas:** leucocitose, diminuição de eosinófilos e linfócitos, trombose.
- **Alterações renais:** urolitíase.
- **Alterações endócrinas:** supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal, prejuízo da curva de crescimento, alterações menstruais.
- **Alterações gastro-intestinais:** esofagite, úlcera péptica, sangramento e perfuração de úlceras.
- **Alterações cutâneas:** atrofia, teleangectasias, púrpuras, estrias, hirsutismo, eflúvio



telógeno, retardo na cicatrização de feridas.

- **Alterações imunológicas:** predisposição a doenças infecciosas.
- **Alterações cardiovasculares:** hipertensão, agravamento de insuficiência cardíaca.
- **Alterações do sistema nervoso:** agitação, euforia, depressão, agravamento de estados psicóticos.
- **Contra-indicações:** infecções sistêmicas, hipertensão, depressão, úlceras pépticas, diabetes, tuberculose em atividade, osteoporose, glaucoma e gravidez.

Observações: administrar de preferência em dose única no período da manhã. Diminuir a ingestão de sal e alimentos gordurosos. Avaliar a curva de crescimento. Antiácidos e tratamento de úlceras concomitante. Verificar pré tratamento: TB pulmonar, estrogiloidíase, glicemia e triglicerídeos, pressão arterial e, se possível, intraocular.

⇒ **TÓPICO:** são efetivos em ampla gama de dermatoses, tem ação rápida, são bem tolerados, pouco sensibilizantes, e provocam poucos efeitos colaterais sistêmicos quando utilizados corretamente. São classificados pelo nível de potência antiinflamatória, sendo os fluorados os mais potentes e também os que têm mais efeitos colaterais, dentre eles:

- atrofia cutânea epidérmica e dérmica;
- teleangectasias;
- púrpuras e equimoses;
- estrias, erupções acneiformes e hipertricose;
- facilitam infecções fúngicas, bacterianas e virais.

O uso prolongado e aplicações em grandes áreas, principalmente em crianças, pode ter absorção sistêmica, levando a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, retardo no crescimento e manifestações cushingóides.

O uso de corticosteróides tópicos em dermatoses crônicas, por tempo prolongado pode apresentar o fenômeno da “taquifilaxia” em que há uma diminuição da ação terapêutica com o passar do tempo.

Os efeitos adversos locais têm início mais rápido nas áreas de pele fina como: face, dobras cutâneas e regiões genitais.

Nas dermatites agudas e subagudas, preferir o uso de cremes; e nas crônicas, pomadas ou unguentos.



CLASSIFICAÇÃO DA POTÊNCIA DE ALGUNS CORTICOSTERÓIDES COMUMENTE UTILIZADOS EM DERMATOLOGIA

Grupo I - Super potentes

- Propionato de clobetasol 0,05% (creme e pomada)

Grupo II - Potente

- Dipropionato de betametasona 0,05% (pomada)
- Valerato de betametasona 0,1% (pomada)
- Halcinonida 0,1% (pomada)
- Valerato de Diflucortolona (creme e pomada)

Grupo III - Potente

- Dipropionato de betametasona 0,05% (creme)
- Valerato de betametasona 0,1% (creme)
- Halcinonida 0,1% (creme)
- Acetonido de triamcinolona (pomada)

Grupo IV - Potência Média

- Furoato de mometasona 0,1% (pomada)
- Acetonido de fluocinolona (pomada)
- Prednicarbato (pomada)
- Acetonido de triamcinolona (creme)
- Desonida (pomada)
- Aceponato de metilprednisolona (creme)

Grupo V - Potência Média

- Furoato de mometasona 0,1% (creme)
- Acetonido de fluocinolona (creme)
- Prednicarbato (creme)
- Desonida (creme)
- Aceponato de metilprednisolona (creme)

Grupo VI - Potência Leve

- Fluorandrenolide (creme ou pomada)
- Hidrocortisona (pomada)
- Pivalato de flumetasona (creme ou pomada)

Grupo VII - Leve

- Hidrocortisona(creme)
- Dexametasona
- Prednisolona
- Metil prednisolona



GLOSSÁRIO DERMATOLÓGICO

SEBASTIÃO DE ALMEIDA PRADO SAMPAIO

LESÕES ELEMENTARES

“As reações da cútis se traduzem por limitado número de aspectos morfológicos que são as lesões individuais ou elementares. São como letras que constituem o alfabeto dermatológico. Assim como da união das letras surgem as palavras, e destas as frases, também do agrupamento de lesões elementares formam-se sinais objetivos e com estes caracterizam-se as síndromes e moléstias dermatológicas.”

Ainda que existam diferenças de conceitos e denominações, pode-se classificar as lesões elementares em cinco grupos básicos de alterações individualizadas da pele:

- Alterações da cor
- Formações sólidas
- Coleções líquidas
- Alterações da espessura
- Perdas teciduais”

ALTERAÇÕES DA COR

MANCHAS VÁSCULO-SANGÜÍNEAS

Eritema: Cor vermelha conseqüente à vasodilatação que desaparece por pressão digital ou vitropressão.

- **Cianose:** Eritema arroxeadado por congestão venosa ou passiva, com diminuição da temperatura.
- **Rubor:** eritema rubro, conseqüente de vasocongestão ativa ou arterial com aumento de temperatura.
- **Enantema:** eritema localizado nas mucosas
- **Exantema:** eritema generalizado, agudo, de duração relativamente curta. Pode ser morbiliforme ou rubeoliforme, quando há áreas de eritema entremeadas com áreas de pele



ã ou escarlatiniforme quando é difuso e uniforme.

- **Eritemas figurados:** são manchas eritematosas de formas várias e de limites bem definidos.
- **Eritrodermia:** eritema generalizado, crônico e persistente que se acompanha freqüentemente de descamação.

Lividez: é uma mancha de cor lívida, do chumbo pálido ao azulado, de temperatura fria, por isquemia.

Mancha angiomatosa: é mancha de cor vermelha, permanente, plana, que desaparece quase completamente por vitropressão forte, causada por neoformação névica de capilares da derme.

Mancha anêmica: área esbranquiçada, permanente, determinada por agenesia vascular. A vitropressão da pele circunscrita igual a esta à mancha, mostrando que se trata de mancha anêmica, excluindo hipocromia.

Telangiectasia: lesão filiforme, sinuosa, permanente devido à presença de capilares dilatados na derme.

Púrpura: mancha vermelha que não desaparece pela vitropressão. É devida ao extravasamento de hemácias na derme e na sua evolução torna-se sucessivamente, arroxeadas e verde-amareladas. Até um centímetro de diâmetro chama-se petéquia, maior, equimose e, se linear, víbice.

MANCHAS PIGMENTARES

As manchas pigmentares ou discrômicas resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele .

Leucodermias: é a mancha branca e compreende a acromia, de cor branco marfim, causada pela falta total de melanina ou a hipocromia de cor branco-nácar, causada pela diminuição da melanina.

Hiperpigmentação: Mancha de cor variável, causada pelo aumento da melanina ou depósito de outro pigmento. O aumento da melanina – mancha melanodérmica tem cor variável do castanho claro ao escuro, azulado ou preto. As manchas resultantes do depósito de hemossiderina ou do ácido homogentísico têm também cor do castanho escuro ao preto. A cor amarelada da pele é observada na icterícia e na carotinemia. As tatuagens apresentam coloração variável de acordo com o pigmento e profundidade da sua localização.

FORMAÇÕES SÓLIDAS

Resultam de processo inflamatório ou neoplásico, atingindo isolada ou conjuntamente a epiderme, derme ou hipoderme. Distinguem-se vários tipos:

Pápula: lesão sólida, circunscrita elevada, menor que 1 cm, por processo patológico epidérmico, dérmico ou misto.

Placa papulosa: é a lesão elevada de altura inferior a 1 cm, em plataforma que se estende em



superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de pápulas.

Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo patológico que localiza-se na epiderme, derme e/ou hipoderme

Nodosidade ou tumor: formação sólida, circunscrita, elevada ou não, maior que 3 cm. O termo tumor é usado principalmente para processo neoplásico.

Tubérculo: designação em desuso, significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz

Goma: é um nódulo ou nodosidade que se liquefaz na porção central e que pode ulcerar-se , eliminando substância necrótica.

Vegetação: pápula pedunculada ou com aspecto de couve flor, branco avermelhada, que sangra facilmente, devida ao aumento da camada espinhosa, cristas epiteliais e papilas dérmicas.

Verrucosidade: pápula ou placa papulosa de superfície dura, inelástica e amarelada por aumento peculiar da camada córnea.

Urtica: elevação de forma irregular, cor variável do róseo ao vermelho, pruriginosa, com duração efêmera. Resulta da exsudação aguda da derme. É também chamada de pápula urticariana. Quando atinge vários centímetros de extensão denomina-se placa urticada.

COLEÇÕES LÍQUIDAS

As lesões elementares incluídas no grupo das coleções líquidas são aquelas com conteúdo líquido que pode ser serosidade, sangue ou pus. Compreendem as vesículas, pústulas, bolhas, gomas, abscessos e hematomas.

Vesículas: elevação circunscrita, contendo líquido claro, até 1 cm de tamanho. O líquido, primitivamente claro (seroso), pode se tornar turvo (purulento) ou rubro (hemorrágico).

Bolha: elevação contendo líquido claro, maior que 1 cm em tamanho. O líquido, primitivamente claro, pode se tornar turvo-amarelado ou rubro, formando-se bolha purulenta ou hemorrágica.

Pústula: elevação circunscrita, contendo pus até 1 cm em tamanho. É um abscesso superficial.

Abscesso: coleção de pus na pele ou subcutâneo, circunscrita, proeminente ou não, de tamanho variável. A pele pode estar ruborizada e há calor, dor e flutuação.

Hematoma: coleção de sangue na pele ou subcutâneo, circunscrita, proeminente ou não e de tamanho variável.

ALTERAÇÕES DE ESPESSURA

Queratose: espessamento da pele, duro, inelástico, amarelado e de superfície eventualmente áspera. É causado pelo aumento da espessura da camada córnea.

Liquenificação: espessamento da pele com acentuação dos sulcos e da cor própria da pele, com aspecto quadriculado, de malhas poligonais bem definidas. É devida ao aumento da camada malpighiana.



Edema: aumento da espessura, depressível, com cor própria da pele ou rósea-branca. É determinado pelo acúmulo de líquido na derme e/ou hipoderme.

Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, as vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite. Resulta da presença na derme de infiltrado celular, as vezes com edema e vasodilatação.

Esclerose: alteração da espessura com aumento da consistência da pele que se torna lardácea ou coriácea. A pele pode estar espessada ou adelgada, não é depressível e o pregueamento é difícil ou impossível. Resulta de fibrose do colágeno.

Atrofia: diminuição da espessura da pele, localizado ou difuso, que pode se acompanhar de adelgaçamento e pregueamento da pele. É devido a redução do número e volume dos constituintes teciduais. A atrofia linear chama-se víbice, nome que também serve para designar uma lesão purpúrica linear.

Cicatriz: lesão lisa, plana, saliente ou deprimida, sem os sulcos, poros e pêlos, móvel, aderente ou retrátil. Associa atrofia com fibrose e discromia. É resultante da reparação de processo destrutivo da pele. Podem ser: (a) Atrofica – fina, pregueada, papirácea; (b) Críbrica – perfurada por pequenos orifícios; (c) Hipertrófica – nodular, elevada, vascular, com excessiva proliferação fibrosa, com tendência a regredir.

PERDAS TECIDUAIS

São as lesões oriundas da eliminação exagerada ou da destruição dos tecidos cutâneos.

Escama: massa laminada, furfurácea, micácea ou foliácea que se desprende da superfície cutânea. É devida à alteração da queratinização.

Erosão ou exulceração: perda superficial que atinge somente a epiderme.

Escoriação: erosão linear que é conseqüente à cocagem.

Ulcleração: perda de epiderme e derme eventualmente atingindo a hipoderme e outros tecidos.

Úlcera: é uma ulcleração persistente e de evolução crônica.

Fissura ou ragádia: perda linear da epiderme e derme, no contorno de orifícios naturais ou em áreas de pregas ou dobras da pele.

Crosta: concreção de cor amarelo-claro ao esverdeado ou vermelho-escuro, que se forma em área de perda tecidual. Resulta do dessecamento de serosidade (melicérica), pus (purulenta) ou sangue (hemorrágica), de mistura com restos epiteliais.

Escara: área da pele de cor lívida ou negra, limitada, resultante de necrose tecidual. O termo é também empregado para a ulcleração após a eliminação do esfacelo. Ainda que as lesões elementares possam se apresentar isoladamente, na maioria das vezes apresentam-se associadas ou combinadas, daí decorrendo variedade de expressões, como eritêmato-papulosa, pápulo-nodular, atrófico-escamosa, ulclero-crostosa, véscico-bolhosa e inúmeras outras.



TERMOS DESIGNATIVOS

FORMAS, CONTORNOS E DIMENSÕES

Anular: em anel

Arcada: em arco

Circinada: em círculo

Corimbiforme; em corimbo, ou seja, lesão principal central e outras satélites

Discóide: em forma de disco

Figurada: com borda de contorno bem definida.

Geográfica: de contorno irregular, lembrando mapa geográfico

Girata: em giro ou espiral

Gotada: em gotas

Irisada: com círculos concêntricos

Lenticular: como lentilha

Linear: em linha

Miliar: como grânulos de mílio.

Numular: como moeda.

Pontuada: em pontos.

Serpiginosa: em linha ou contorno sinuoso.

Zosteriforme: consoante um trajeto de um nervo.

DISTRIBUIÇÃO E NÚMERO

Disseminada: lesões numerosas individuadas em várias regiões cutâneas.

Generalizada: erupção difusa e uniforme, atingindo várias regiões cutâneas.

Universal: comprometimento total, incluindo o couro cabeludo.

SINAIS ESPECÍFICOS

CARACTERIZAM SÍNDROMES OU AFECÇÕES:

Aftas: pequena ulceração em mucosa

Alopécia: ausência de pêlos em locais pilosos

Calo: hiperqueratose em cunha, que se introduz causando dor. Devida a irritação ou pressão mecânica dos pés.



Calosidade: hiperqueratose circunscrita em áreas de pressão ou fricção nos pés e mãos.

Celulite: inflamação da derme e/ou do tecido selular subcutâneo.

Cisto: formação elevada ou não, constituída cavidade fechada envolta por um epitélio contendo líquido ou substância semi-sólida.

Comêdo ou comedão: acúmulo de corneócitos no infundíbulo folicular (cravo branco) ou de queratina e *sebum* em um folículo piloso dilatado (cravo preto).

Corno: excrescência cutânea circunscrita e elevada formada por queratina.

Eritroderma: eritema generalizado, persistente e crônico, com descamação.

Fístula: canal com pertuito na pele que drena foco profundo de supuração ou necrose.

Milium (milio): pequeno cisto de queratina, branco amarelada, superficial na pele.

Placa: uma área de pele elevada com mais de 2 cm de diâmetro.

Poiquiloderma: sinal caracterizado por atrofia, telangiectasias e pigmentação, geralmente reticulada.

Quelóide: formação elevada por proliferação fibrosa da pele, pós trauma, que não regride.

Sero-pápula: é formada por uma vesícula sobre o centro de um pequena pápula urticada. Lesão típica do estrófulo.

Sulco (túnel): pequena saliência linear, inferior a um cm, com vesícula perlácea, do tamanho da cabeça de um alfinete na extremidade. Lesão típica da escabiose.

Sinal de Auspitz ou do orvalho sangrento: aparecimento de ponteados hemorrágicos quando se raspam as escamas na psoríase. Também conhecido como sinal da vela.

Sinal de Darier: Fricção da lesão determina urtica. Típica da urticária pigmentosa (masticitose).

Fenômeno (sinal) de Koebner: aparecimento de lesões similares às da dermatose por trauma. Típico da psoríase e liquen plano .

Sinal de Sampaio: bainha gelatinosa nas raízes dos cabelos, encontrada na pseudo-pelada e lupus eritematoso. Indica atividade da doença.

Sinal de Zileri: descamação observada pelo estiramento da pele na pitiríase versicolor.

GLOSSÁRIO DERMATOPATOLÓGICO

Acantólise: perda de adesão entre células epiteliais por degeneração dos desmosomas ou da substância cimentante intercelular o que permite a formação de bolhas ou vesículas.

Acantose ou hiperacantose: aumento moderado ou excessivo da camada malpighiana.

Alteração cavitária: edema intracelular com formação de cavidades no interior de células malpighianas. É a fase inicial da degeneração reticular.



Anaplasia: alteração de células que apresentam núcleos grandes, irregulares e hipercromáticos e com eventual presença de mitoses atípicas, característica de neoplasias malignas.

Bolha: cavidade epidérmica ou sub-epidérmica, contendo serosidade, hemácias ou células. A bolha inferior a 1 cm de diâmetro pode ser chamada de vesícula. A lacuna é uma vesícula pequena, intra-epidérmica.

Degeneração balonizante: alteração de células epidérmicas que assumem forma em balão por edema e perdem as conexões intercelulares o que possibilita a formação de bolhas ou vesículas. É característica das infecções virais.

Degeneração basófica ou colágeno: presença de material basófilo na derme papilar por degeneração das fibras colágenas e elásticas em áreas expostas à luz solar.

Degeneração fibrinóide do colágeno: depósito de fibrina entre as fibras colágenas ou em torno de vasos, que se caracteriza por cor eosinófilica brilhante e aspecto homogêneo. É encontrada no lúpus eritematoso, vasculites alérgicas e nódulos reumatóides.

Degeneração granulosa da epiderme: também chamada Hiperqueratose epidermolítica. Atinge as porções superior e média da camada malpighiana, produzindo intenso edema intracelular, levando à perda dos contornos celulares. Acompanha-se de hiperqueratose e produção excessiva de grânulos de querato-hialina grandes e irregulares. Ocorre em doenças congênicas.

Degeneração hidrópica ou de liquefação: vacuolização das células basais conseqüente e edema na derme, encontrada em numerosas afecções, como lúpus eritematoso, líquen plano, líquen escleroso e atrófico e outros.

Degeneração hialina do colágeno: neste tipo de degeneração os feixes colágenos apresentam-se de volume aumentado, mais eosinófilos e homogêneos, com diminuição dos fibroblastos. É encontrada nas cicatrizes, quelóides e esclerodermia.

Degeneração reticular: edema intenso, intracelular que estoura as células epidérmicas e forma vesícula septada, sendo os septos restos de membranas celulares. É encontrada nas doenças virais e em dermatites agudas.

Desmosoma: estrutura conetiva das células epidérmicas, anteriormente chamadas de ponte intercelular.

Disqueratose: alteração do processo de queratinização no qual ocorre uma queratinização prematura e individual de queratinócitos. Pode ocorrer em neoplasias malignas ou em algumas afecções congênicas.

Espongiose: edema intercelular na camada malpighiana que pode levar à formação de vesícula ou bolha. É encontrada nas dermatites agudas. É característica do grupo pênfigo porém pode ser encontrada na queratose actínica e epiteliomas, bolhas virais e doença de Darier.

Incontinência pigmentar: depósito de melanina na derme, livre ou no interior de macrófagos, por perda devida à lesão das células melanocíticas (células claras) na camada basal.

Infiltrado inflamatório agudo: presença na derme de polimorfos nucleares com fenômenos



exsudativos de edema, vaso-dilatação e congestão.

Infiltrado inflamatório crônico inespecífico: presença na derme de histiócitos, linfócitos e plasmócitos com fenômenos proliferativos do conjuntivo, porém sem qualquer arranjo característico.

Infiltrado inflamatório granulomatoso: presença na derme de infiltrado constituído por todos ou alguns dos seguintes elementos celulares: linfócitos, histiócitos, plasmócitos, células epitelióides e gigantócitos, com fenômenos proliferativos do conjuntivo. O infiltrado tem um arranjo sugestivo de agente específico, infeccioso ou corpo estranho.

Infiltrado neoplásico maligno: infiltrado na derme com a presença de células com pleomorfismo e anaplasia.

Lisosoma: corpúsculo intracitoplasmático que contém enzimas capazes de digerir material endógeno ou exógeno fagocitado.

Melanócito: célula dentrítica presente na camada basal da epiderme e na matriz pilosa, que produz melanina.

Melanófago: macrófago ou histiócito que fagocitou melanina.

Microabscesso: pequeno acúmulo de neutrófilos, eosinófilos ou células linfo-histiocitárias na epiderme e ápice das papilas dérmicas. O microabscesso de Munro-Sabouraud é constituído por acúmulo de neutrófilos degenerados na camada córnea ou de para queratose na psoríase. O microabscesso de Pautrier é constituído por células atípicas linfo-histiocitárias na camada Malpighiana.

Necrose caseosa: necrose em que o tecido perde sua estrutura e há um material eosinófilo, amorfo, finamente granuloso podendo ser encontrados fragmentos nucleares.

Necrose coliquativa: necrose tecidual com presença de neutrófilos degenerados, isto é com formação de pus.

Papilomatose: Proliferação das papilas dérmicas com alongamento das cristas epiteliais.

Papiloma: É uma papilomatose circunscrita com hiperqueratose. É o substrato do nevo verrucoso, queratose seborreica, queratose actínica, e verruga vulgar. Em geral é possível a distinção entre essas várias afecções.

Paraqueratose: Alteração do processo de queratinização normal com a presença de núcleos na camada córnea e diminuição ou desaparecimento da camada granulosa.

Queratinócito: são as células epidérmicas que em um processo de diferenciação formam a camada córnea, queratinosa.

Queratose e hiperqueratose: espessamento moderado ou excessivo da camada córnea.



DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA

Material fotográfico gentilmente cedido pelos professores:
**Sinésio Talhari, Silmara Cestari, Iphis Campbell,
Gladys Campbell, Maria da Graça Cunha,
Rossilene Cruz, Ilnor Souza, Emília Pereira,
Regina Carneiro e Clívia de Oliveira Carneiro.**

LESÕES ELEMENTARES



Acromia



Hipocromia



Hiperchromia



Eritema



Pápulas



Nódulo



Verrucosidade



Vegetação



Vesículas



Bolhas



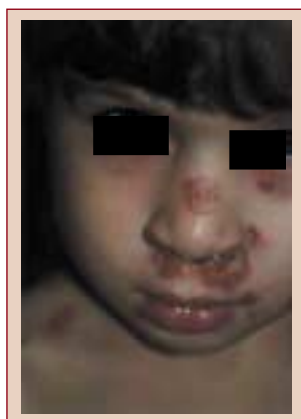
Pústula



Escama



Erosão



Crosta



Úlcera



Fissura



Liquenificação

DOENÇAS

CANCRO MOLE



Cancro mole.



Cancro mole.

CANDIDÍASE



Candidíase



Candidíase: placas esbranquiçadas na língua.



CONDILOMA ACUMINADO

Condiloma acuminado: lesões vegetantes.



Condiloma acuminado em região peri-anal.



Condiloma acuminado na região vulvar



Condiloma acuminado - abuso sexual em criança de três anos de idade



Condiloma acuminado no pênis e na região ingüino-escrotal

DERMATITE DA ÁREA DE FRALDA



Dermatite da área de fralda



DERMATITE DE CONTATO

Dermatite de contato por brinco.



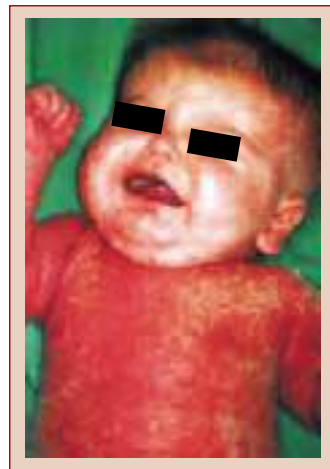
Dermatite de contato por cosméticos.



DERMATITE SEBORREICA



Dermatite seborreica: lesões eritemo-descamativas no couro cabeludo.



Dermatite seborreica: descamação que atinge o couro cabeludo e tronco.

DERMATOFITOSSES

Tinha do couro cabeludo.



Kerion: foliculite aguda supurada.





ECZEMA ATÓPICO

Eczema atópico



Eczema atópico



ECTIMA



ECZEMA DE CONTATO



ESCABIOSE



Escabiose.



Escabiose.



Escabiose.



Escabiose nodular.



Escabiose.

ESTRÓFULO



Estrófulo.



Estrófulo: pápula encimada por vesícula.



Estrófulo.

FITIRÍASE

Fitiríase: parasita de cor acastanhada fixado à base do pêlo.



Fitiríase: parasita nos cílios.



FOLICULITE E FURÚNCULO



Foliculite.



Furúnculo.

GONORRÉIA

Gonorreia



HANSENÍASE



Hanseníase indeterminada: mancha hipocrômica.



Hanseníase tuberculóide.



Hanseníase virchowiana: lesões infiltradas de tamanhos variados, tronco e membros.



Hanseníase dimorfa: placas com bordas eritemo-infiltradas de limites internos precisos e externos imprecisos.

HERPES SIMPLES



Primo infecção herpética



Herpes simples com infecção secundária.



Herpes simples: vesículas agrupadas sobre base eritematosa.



Herpes simples em paciente HIV positivo.

HERPES ZOSTER

Herpes zoster.



Herpes zoster.



Herpes zoster.



Herpes zoster.





Herpes zoster



Herpes zoster: o texto escrito em torno da lesão é uma “reza” para não deixar o “cobreiro” aumentar e dar a volta no corpo.

IMPETIGO



Impetigo: bolhas com conteúdo claro, pústulas e crostas melicéricas e hemáticas.



Impetigo



Impetigo

LARVA MIGRANS



Larva migrans.



Larva migrans.



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA



Leishmaniose Cutânea Mucosa com cicatriz no antebraço.



Leishmaniose com úlcera com moldura.

MÍASE FURUNCULÓIDE



Míase furunculóide.



Míase furunculóide.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Molusco contagioso



Molusco contagioso





PARACOCCIDIOIDOMICOSE



Paracoccidioidomicose simulando Leishmaniose Tegumentar Americana



Paracoccidioidomicose: observar pontilhado hemorrágico.



Paracoccidioidomicose: lesão úlcero-crostosa.

PITIRÍASE ALBA

PEDICULOSE



Pediculose.



Pitiríase alba: lesões hipocrômicas no tronco.



PITIRÍASE VERSICOLOR



Pitiríase versicolor.



Pitiríase versicolor

RUBÉOLA



Rubéola.



Rubéola.

SARAMPO



Sarampo



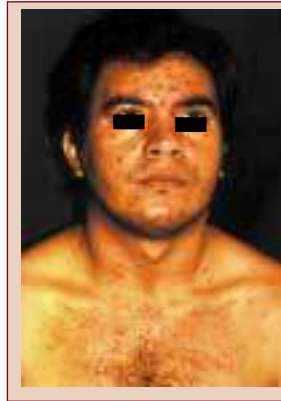
Sarampo



SÍFILIS



Sifilis elegante de Fournier.



Sifilis.



Sifilis palmo-plantar.



Sifilis congênita: nariz em sela.



Sifilis congênita: fronte olímpica.



Sifilis congênita: dentes de Hutchinson



Sífilis palmo-plantar.



Sífilis congênita.



Sífilis Congênita.

TINHA DO PÉ



Tinha do pé.

TINHA DO CORPO



Tinha do corpo.



TUBERCULOSE CUTÂNEA



Tuberculose cutânea: PPD com ulceração e gomas no pescoço.



Tuberculose coliquativa

TUNGÍASE



Tungíase: parasita no centro da pápula endurecida (ponto negro).

VARICELA



Varicela.



Varicela hemorrágica



VERRUGAS



Verruga vulgar.



Verruga plantar.



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Azulay RD. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. 364p.
- Benenson AS. Manual para el controle de las enfermedades transmissibles. 16 ed. Washington: OPS; (OPS Publicación Científica, n. 564).
- Cuce LC, Festa NC. Manual de Dermatologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990.
- Diogenes MJM, Guilhon RMP, Gonçalves HS, Neves RG. Atlas de dermatopatologia tropical. Fortaleza: INOVA; 1997. 100p.
- Farhat CK. Cadernos de Terapêutica, em Pediatria - Infectologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1992.
- Ferreira ABH. Novo Aurélio, O Dicionário da Língua Portuguesa - Século XXI. 3 ed. Nova Fronteira; 1999. 2128p.
- Fundação Nacional de Saúde. Nota Técnica. Carbúnculo ou antraz: informação geral. Disponível em <http://www.funasa.gov.br> [acessado em 20 out 2001].
- Fundação Nacional de Saúde. Nota Técnica. Carbúnculo ou antraz: informação geral/Designação. Disponível em <http://www.funasa.gov.br> [acessado em 27 nov 2001].
- Kenneth A, Zarnald, MD. Manual de Terapêutica Dermatológica. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1984.
- Korting GW. Atlas Colorido de Dermatologia Pediátrica. 3 ed. New York; 1978.
- Lowy G, Alonso FJE, Cestari SCT, Cestari TE, Najjar ZPO. Atlas de Dematologia Pediátrica: topográfica e morfológica. São Paulo: MEDSI; 2000.
- Lupi O, Silva AG, Pereira Jr. AC. Herpes: clínica, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. 278p.
- Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. Memento Terapêutico CEME 89190. 2 ed. Brasília; 1989.



Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Legislação sobre o Controle de Doenças na Área de Dermatologia Sanitária. Brasília; 1992.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de Controle da Hanseníase. Brasília; 1993.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS. Manual de Condutas Clínicas. Brasília; 1988.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Consenso 2000 para terapêutica anti-retrovirais em crianças. Brasília; 2001.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço. 3 ed. Rio de Janeiro; 1992.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Bolso - Doenças Infecciosas e Parasitárias. 2 ed. Brasília; 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de DST. 3 ed. Brasília; 1999.

Oliveira VP, Archer JLB. Dermatoses mais freqüentes na infância. Mimeo. Santa Catarina; 1985.

Organization Panamericana de la Salud. Manual para el control de las enfermedades transmissibles. Publicación Científica. n. 564.

Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorréia. Revista Brasileira de Medicina Tropical 2000; 33(5) : 451-464.

Rabello FE. Nomenclatura Dermatológica. Imprensa Brasileira Ltda; 1974. 278p.

Rey L. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. Guanabara Koogan; 1999. 825p.

Sampaio SAP, Castro RM, Rivitti E. Dermatologia Básica. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1978.

Sampaio SAP, Rivitti E. Dermatologia. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.

Schettini AP, Ribas C, Souza IS, Sardinha JCG, Maroja ME, Cunha MG, Picanço N, Cruz RCS. Manual de doenças dermatológicas mais prevalentes. Fundação Alfredo da Mata: Manaus; 2001. (mimeo).

Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 2 ed. Manaus: Instituto Superior de Estudos da Amazônia-ISEA; 1989.



Talhari S, Neves RG. Dermatologia tropical. São Paulo: MEDSI; 1997. 362p.

Tavares W. Manual de antibióticos e quimioterápicos anti-infecciosos. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. 792p.

Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Editora Atheneu; 1996.

Zaitz C, Campbell I, Marques S, Ruiz H. Compêndio de Micologia Médica. Ed. Medici: 1998.