

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS



DERMATOLOGIA TROPICAL NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Raisa Ilena Caranhas Feitoza

Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha

DERMATOLOGIA TROPICAL NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Raisa Ilena Caranhas Feitoza¹

Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha

¹ Médica formada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Residência Médica em Dermatologia - Fundação Alfredo da Matta (FUAM) Título de Especialista em Dermatologia - SBD/AMB. Pós-graduação em Saúde da Família - Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Preceptora do Programa de Residência Médica em Dermatologia da Fundação Alfredo da Matta.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Dermatologia tropical na população ribeirinha
[livro eletrônico] : cursos de atenção à saúde
da população Ribeirinha / organização Raísa
Ilena Caranhas Feitoza. -- 1. ed. -- Manaus, AM
: Universidade do Estado do Amazonas - UEA,
2021.

PDF

"Vários colaboradores"

ISBN 978-65-87214-48-1

1. Comunidade ribeirinha - Amazônia 2.
Dermatologia 3. Pele - Cuidado e higiene 4. Pele -
Doenças 5. Saúde pública I. Feitoza, Raísa Ilena
Caranhas.

21-66031

CDD-616.5

NLM-WR-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Dermatologia 616.5

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

FICHA TÉCNICA

© 2021. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade do Estado do Amazonas

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Ministério da Saúde

Marcelo Queiroga
Ministro

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretário

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Maria Fabiana Damásio Passos
Secretária-executiva

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Nísia Trindade Lima
Presidente

Universidade do Estado do Amazonas

Cleinaldo de Almeida Costa
Reitor

Escola Superior de Ciências da Saúde

Diego Ferreira Regalado
Diretor

Centro de Pesquisa & Desenvolvimento UNA-SUS Amazônia

Waldeyde O. Magalhães dos Santos
Coordenadora Geral

Universidade do Estado do Amazonas

Centro de Pesquisa & Desenvolvimento UNA-SUS Amazônia

Av. Carvalho Leal nº 1777 - Cachoeirinha - 69065-001 - Manaus - AM
Tel. 92 3611-4174 | contato@unasusamazonia.com.br | www.unasusamazonia.com.br

Coordenadora Geral

Waldeyde O. Magalhães dos Santos

Coordenadora Acadêmica

Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

Coordenador de Produção

João da Mata Libório Filho

Editora técnica

Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Conteudista

Raisa Ilena Caranhas Feitoza

Designer Instrucional

Nathalia Flores

Designer Digital

Cael Fernando Saraiva Pinheiro

Desenvolvedor

Augusto Rozendo Ribeiro de Arruda

Apoio Técnico

Desirée Emelly Gomes Nascimento

SUMÁRIO

UNIDADE

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 8 |
| HANSENÍASE | 9 |
| INTRODUÇÃO | 10 |
| TRANSMISSÃO | 11 |
| QUADRO CLÍNICO | 11 |
| CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA | 13 |
| DIAGNÓSTICO | 17 |
| AVALIAÇÃO DA | 18 |
| FUNÇÃO NEURAL | 18 |
| TRATAMENTO | 19 |
| REAÇÕES HANSÊNICAS | 20 |
| LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA | 22 |
| INTRODUÇÃO | 23 |

| | |
|--|-----------|
| TRANSMISSÃO | 24 |
| QUADRO CLÍNICO | 24 |
| DIAGNÓSTICO | 25 |
| TRATAMENTO | 26 |
| AVALIAÇÃO DE CURA | 28 |
| DERMATOSES | 29 |
| DERMATOSES INFECTOCONTAGIOSAS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA | 30 |
| PIODERMITES | 31 |
| IMPETIGO/ECTIMA | 32 |
| FURÚNCULO/ABCESSOS | 34 |
| ERISPELA/CELULITE | 34 |
| DERMATOSES FÚNGICAS SUPERFICIAIS | 35 |
| TINHAS | 35 |
| DERMATOZOONOSES | 39 |
| ESCABIOSE | 40 |
| LARVA MIGRANS CUTÂNEA | 41 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |

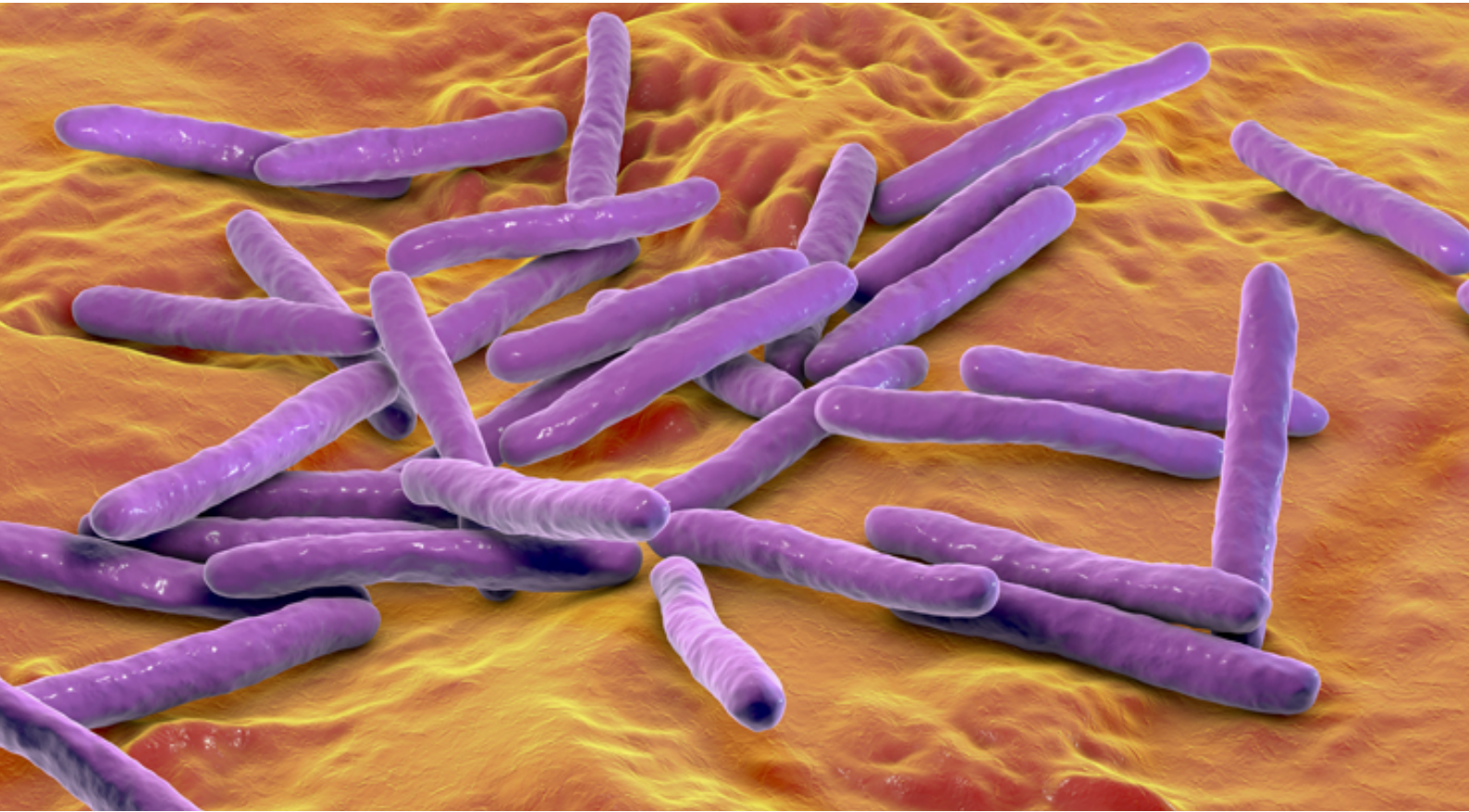
APRESENTAÇÃO

O módulo Dermatologia na Atenção à Saúde da População Ribeirinha aborda as dermatoses de maior interesse e frequência na atenção primária à saúde, com o objetivo de auxiliar e capacitar para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos já diagnosticados. De forma clara e prática, sem esgotar o tema, conheceremos mais sobre:

- Hanseníase
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Micoses Superficiais
- Piodermites: Impetigo, Ectima, Furúnculo , Abscesso e Erisipela
- Dermatozoonoses: Escabiose, Larva Migrans Cutânea e Miíase

HANSENÍASE

CAPÍTULO 01



Mycobacterium leprae - Fonte: Jornal da USP

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido-resistente, que atinge principalmente nervos, pele e mucosa. O bacilo tem alta infectividade mais baixa patogenicidade, ou seja, é capaz de infectar grande número de pessoas, mas poucas adoecem. O comprometimento dos nervos periféricos pela hanseníase pode levar a incapacidades e sequelas físicas permanentes, grandes responsáveis pela estigmatização da doença. Daí a importância de seu reconhecimento e tratamento precoce.

O clima quente e úmido da região amazônica favorece a viabilidade do bacilo da hanseníase tanto nas secreções nasais quanto no solo, o que justifica parte da endemicidade da doença na região. A dificuldade de acesso da população

ribeirinha aos serviços de saúde, saneamento e educação tornam a detecção e controle da hanseníase um desafio a ser superado.

TRANSMISSÃO

A transmissão se dá pelo contato próximo e prolongado com contatos bacilíferos não tratados, geralmente no mesmo domicílio. O bacilo é transmitido pelas vias aéreas do doente (pelo ar) e não pelos objetos utilizados por ele. Nem todos os contatos adoecem, pois se acredita que muitos possuem imunidade natural contra a doença. Porém, existe influência genética para a suscetibilidade à infecção, portanto, há mais chance de adoecimento entre familiares.

QUADRO CLÍNICO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se caso de hanseníase todo paciente que apresentar pelo menos uma das seguintes manifestações:

- Perda da sensibilidade em lesão cutânea;
- Um ou mais nervos periféricos aumentados de volume, com perda da sensibilidade e/ou fraqueza muscular nas regiões correspondentes à inervação;
- Baciloscopia positiva em esfregaço cutâneo.



Atenção: Apesar de ser um dos critérios definidores de caso, uma baciloscopia negativa não exclui o diagnóstico de hanseníase.

As manifestações clínicas da hanseníase são mais bem compreendidas quando estudadas dentro das classificações da doença. A OMS recomenda a classificação operacional, separando os casos entre Paucibacilares (PB) – até cinco lesões cutâneas; e Multibacilares (MB) – a partir de 6 lesões ou baciloscopia positiva. Mas a fim de facilitar o entendimento e evitar erros de classificação, o Guia Prático sobre Hanseníase do Ministério da Saúde, em 2017, recomenda utilizar a classificação de Madri (1953): hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Existe ainda a classificação de Ridley e Jopling (1960) que modifica a classificação de Madri, subdividindo os pacientes dimorfos (boderline) em boderline-tuberculóide (BT), boderline-boderline (BB) e boderline-lepromatoso (BL). É a classificação utilizada por centros de referência e pesquisas científicas.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

Hanseníase Indeterminada

Caracteriza-se por manchas hipocrômicas (mais claras que a pele normal) e de bordas mal definidas, sem relevo, habitualmente de superfície ressecada, em número variável de lesões. Geralmente, há perda apenas da sensibilidade térmica, a sensibilidade tátil costuma estar preservada. A prova da histamina é incompleta, a baciloscopia é negativa e a biópsia de pele pode não ser conclusiva, apresentando apenas infiltrado inflamatório inespecífico perianexial e/ou perineural. Não há comprometimento de troncos nervosos nem grau de incapacidade.



Hanseníase indeterminada - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Hanseníase Tuberculoide

Apresenta-se como poucas placas eritemato-hipocrômicas, muitas vezes lembrando o aspecto da tinha do corpo (aspecto tricofitóide), com bordas mais bem delimitadas em relação a pele normal. Em lesões mais antigas, o centro pode ser atrófico (aspecto anular ou arciforme). Há alteração das sensibilidades térmicas, dolorosa e tátil. A baciloscopia é negativa e na histopatologia observa-se granuloma tuberculoide. Troncos nervosos podem estar acometidos em pequeno número. É chamada de lesão em raquete de tênis aquela onde o nervo espessado emerge (ou é contíguo) da lesão cutânea.



Placa infiltrada bem delimitada

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br



Nervo auricular espessado emergindo de placa da face (lesão em raquete)

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Hanseníase Dimorfa

A hanseníase dimorfa ou “borderline” compreende formas dimorfa-tuberculóide, dimorfa-dimorfa, dimorfa-virchowiana. As lesões podem se apresentar com um número variado de manchas hipocrômicas e/ou eritematosas, frequentemente com tom ferruginoso, bordas elevadas, mas muitas vezes mal delimitadas. Há perda parcial ou total da sensibilidade nas lesões, com redução da sudorese e vasorreflexia à histamina. A baciloscopia quando coletada da borda infiltrada das lesões é frequentemente positiva. Vale lembrar que uma baciloscopia negativa diante dessa apresentação clínica não exclui o diagnóstico.

É comum o envolvimento de troncos nervosos periféricos de forma assimétrica que, sem tratamento adequado, pode levar a lesões neurais graves e, consequentemente, incapacidades funcionais permanentes, como a mão em garra.



Lesões foveolares - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br



Mão em garra com amiotrofia - Fonte: Cortesia Dra Elyana Marques (AM)

Hanseníase Virchowiana

Em geral não apresenta manchas no diagnóstico, mas sim, ressecamento e infiltração cutânea difusa notada mais facilmente nos supercílios, podendo levar a perda dos pelos da sobrancelha (madarose), e orelhas. A face costuma ser lisa devido a infiltração, o nariz é congesto, os pés e mãos arroxeados e edemaciados, a pele e os olhos secos. À infiltração difusa da face com madarose se dá o nome de face leonina.

Lesões papulosas e nódulos (hansenomas) (foto) costumam aparecer nas áreas infiltradas. O espessamento dos nervos periféricos é bilateral e simétrico. Queixas de câimbras e formigamento em mãos e pés são comuns. Em homens pode haver infiltração dos testículos, levando a orquite. A baciloscopia é comumente positiva.



Hansenomas - Fonte: Cortesia da Dra Elyana Marques



Face leonina - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico baseado na história epidemiológica e exame físico. A baciloscopia e histopatologia podem ser úteis como apoio diagnóstico. A técnica de coleta da baciloscopia é bem explicado no Guia de Procedimentos Técnicos: baciloscopia em hanseníase de 2010 (disponível em <http://hansen.bvs.br/>)



O exame físico da pele e dos nervos periféricos está descrito no Guia Prático de Hanseníase do Ministério da Saúde 2017.

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>

O paciente deve ser classificado em Paucibacilar ou Multibacilar pelos seguintes critérios:

- **Paucibacilar (PB)** – Hanseníase Tuberculoide ou Indeterminada – doença localizada em uma região anatômica e/ou um tronco nervoso comprometido;
- **Multibacilar (MB)** – Hanseníase Dimorfa ou Virchowiana – doença disseminada em várias regiões anatômicas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO NEURAL

A avaliação neurológica deve ser realizada no início do tratamento; sempre que houver queixas como dor no trajeto dos nervos, fraqueza muscular, início ou piora de parestesias; no acompanhamento de estados reacionais (neurites) e na alta.

Além de inspeção e palpação dos nervos, são necessários testes de força muscular e de sensibilidade. Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g, 0,2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não estiver disponível o estesiômetro, o teste pode ser feito com o leve toque da ponta da caneta esferográfica que corresponde ao toque do monofilamento lilás (2g).

A avaliação de força muscular e da sensibilidade ocular e das mãos e pés permite determinar o grau de incapacidade física (GIF). O GIF é um indicador epidemiológico que pode ser utilizado na avaliação do programa de vigilância de hanseníase, determinando a precocidade do diagnóstico e o sucesso das atividades que visam a interrupção da cadeia de transmissão.

As instruções para preenchimento dos formulários de avaliação neurológica simplificada e de avaliação do grau de incapacidade física estão no Guia Prático de Hanseníase, MS, 2017, por meio do link: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>

Fonte: Unsplash



TRATAMENTO

O tratamento da hanseníase compreende o uso de uma combinação de medicações antibióticas chamada poliquimioterapia (PQT). A PQT é disponibilizada em cartelas com doses fixas de cada medicação, sendo uma para esquema PB e outra para MB. Deve-se iniciar o tratamento já na primeira consulta, assim que se tenha concluído o diagnóstico de hanseníase. O tratamento pode ser resumido na tabela a seguir:

| MEDICAMENTOS | PAUCIBACILAR (PB) | MULTIBACILAR (MB) |
|--------------------|----------------------------------|---|
| Rifampicina | 600mg 1x/mês supervisionada | 600mg 1x/mês supervisionada |
| Dapsona | 100mg 1x/dia autoadministrada | 100mg 1x/dia autoadministrada |
| Clofazimina | Não há dosagem | 300mg 1x/mês supervisionada + 100mg/dia autoadministrada |

Para casos PB, o tempo de tratamento é de 6 meses (6 cartelas) e em caso de suspensão da Dapsona por reação adverso grave a medicação, esta deve ser substituída por Clofazimina 50mg/dia e o paciente tomará também 300mg uma vez ao mês de forma supervisionada.

Para pacientes classificados com MB, a duração é de 12 meses (12 cartelas). Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Ofloxacina 400mg (na dose supervisionada e diariamente) ou pela Minociclina 100mg/dia (em dose supervisionada e diariamente).

No tratamento de crianças são utilizadas as mesmas medicações. Para criança com mais de 50kg deve-se usar a cartela adulto, para aquelas entre 30 e 50kg, deve-se utilizar as cartelas de doses infantis, e para aquelas com menos de 30kg, fazer ajuste de dose pelo peso.

A atuação das equipes de saúde da família ribeirinhas (eSRF) é de extrema importância para manutenção do tratamento, a fim de viabilizar a entrega das doses mensais, em especial, as doses supervisionadas.

REAÇÕES HANSÊNICAS

Alguns pacientes podem desenvolver episódios agudos de atividade da doença que podem se manifestar antes do diagnóstico de hanseníase, durante o tratamento ou após alta. São decorrentes da ação do sistema imunológico do hospedeiro contra o bacilo. Após alta, o episódio reacional não indica reintrodução da PQT.

As reações hansênicas são de 2 tipos:

Reação tipo 1 ou Reação Reversa caracterizada pelo surgimento de novas lesões (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas com ou sem espessamento e dor nos nervos periféricos (neurite). O tratamento é feito com Prednisona 1mg/kg/dia, com redução gradual da dose (10mg por mês) até a menor dose possível onde os sintomas não retornem.

Reação tipo 2, cuja manifestação mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), onde observa-se o aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de sinais e sintomas sistêmicos tais como: febre, dor nas articulações, mal estar geral, orquite, iridociclite, com ou sem neurite. O tratamento de escolha é a Talidomida de 100 a 400mg/dia, mas é contra-indicada

para mulheres em idade fértil, sendo indicado então nesses casos o uso da Prednisona 1mg/kg/dia com redução gradual conforme melhora clínica.

No contexto de atenção a saúde dos ribeirinhos, o reconhecimento dos possíveis sinais e sintomas das reações de forma precoce durante visita da eSFR e encaminhamento de casos para a unidade de referência local são necessários para evitar deterioração da qualidade de vida e sequelas físicas permanentes.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

CAPÍTULO 02



Fonte: Unsplash

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, com diversidades de agentes, de reservatórios e vetores. Tem ampla distribuição geográfica e acomete ambos os sexos e todas as faixas etárias, sendo mais frequente no sexo masculino e maiores de 10 anos.

As atividades extrativistas de caça e pesca tão comuns entre os ribeirinhos, além da própria localização das moradias, junto à floresta, favorecem a proximidade entre vetor e hospedeiro.

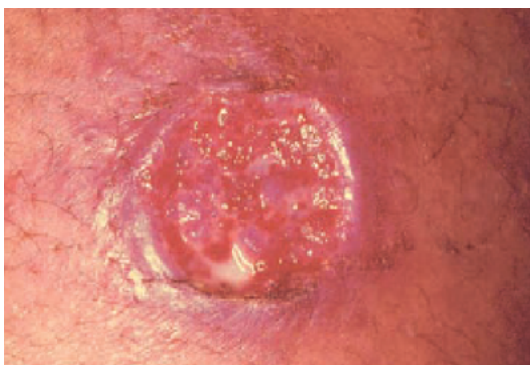
TRANSMISSÃO

É causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*. As principais espécies no Brasil são *Leishmania (Leishmania) amazonensis*, *L. (Viannia) guyanensis* e *L. (V.) braziliensis*. A transmissão depende da picada de insetos flebotomíneos, do gênero *Lutzomyia*. O período de incubação da doença no homem pode variar de duas semanas a dois anos.

São considerados reservatórios roedores, marsupiais e canídeos silvestres. Nas zonas rurais e periurbanas, os animais domésticos podem ser acometidos pela LTA, sendo considerados hospedeiros acidentais.

QUADRO CLÍNICO

A leishmaniose cutânea apresenta-se classicamente por pápulas que evoluem para úlceras com bordas elevadas e fundo granuloso, podem ser únicas ou múltiplas e são indolores. A dor local geralmente está associada a infecção bacteriana secundária que também leva a drenagem de secreção purulenta e formação de crosta no fundo da úlcera.

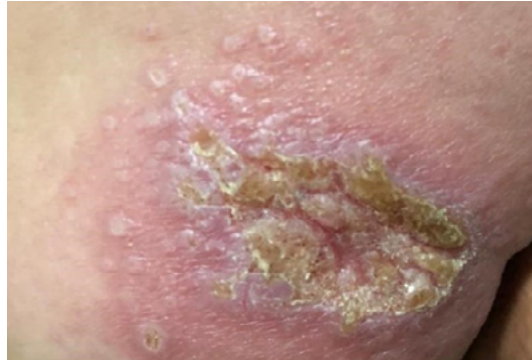


Úlcera de bordas elevadas de fundo granuloso. LTA – forma cutânea localizada

Fonte: Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana - MS

Acompanha-se de adenopatia regional, com ou sem linfangite. Além de úlcera, pode se manifestar por placas vegetantes úmidas ou verrucosas secas. Pequenas pápulas na periferia da lesão inicial (pápulas satélites) podem estar presentes.

Detalhe das pápulas satélites ao redor de lesão em placa.



Fonte: Cortesia da Dra Elyana Marques (AM)

Se não tratadas, as lesões evoluem para cura espontânea em períodos de meses a poucos anos, podendo permanecer ativas por variado período e coexistir com lesões mucosas de surgimento posterior.

A leishmaniose cutânea apresenta-se sob as formas localizada, disseminada, recidiva cútis e difusa. A forma mucosa, secundária ou não à cutânea, caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe. A destruição dos tecidos pode levar a perfurações do septo nasal e/ou do palato.

DIAGNÓSTICO

Diante de lesões típicas de leishmaniose, o diagnóstico baseado em dados clínicos e epidemiológicos pode ser realizado, especialmente se o indivíduo procede de áreas endêmicas. Mas o diagnóstico por métodos parasitológicos é recomendado antes do início do tratamento, especialmente em casos de evolução clínica fora do habitual.

Exame parasitológico direto a partir de raspado da borda da lesão ou “in-print” feito com o fragmento de biópsia, histopatologia, intradermoreação de Montenegro, PCR e sorologias podem ser úteis.

TRATAMENTO

Antimoniato de metilglucamina

Os antimoniais pentavalentes são o tratamento de escolha para leishmaniose. No Brasil, está disponível o antimoniato de N-metilglucamina, com apresentação comercial em frascos de 5mL que contém 1,5g do antimoniato bruto, correspondendo a 405mg de Sb+5, assim cada mL contém 81mg de Sb +5. Pode ser usado por mulheres durante a amamentação, mas não durante a a gestação. Ha restrições do uso dos antimoniais em pacientes com idade acima dos 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e Doença de Chagas.

| ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA VIAS DE ADMINISTRAÇÃO: ENDOVENOSA (PREFERENCIAL) E INTRAMUSCULAR | | |
|---|--|---------|
| Forma clínica | Dose | Duração |
| Leishmaniose cutânea | 10 - 20mg/Sb+5/kg/dia (Recomenda-se 15mg/Sb+5/ kg/dia) | 20 dias |
| Leishmaniose Difusa | 20mg/Sb+5/kg/dia | 20 dias |
| Leishmaniose Mucosa | 20mg/Sb+5/kg/dia | 30 dias |

Anfotericina B

Medicamento dispensado para tratamento de LTA nas apresentações de desoxicolato de Anfotericina B e Anfotericina B lipossomal. Indicado para falhas terapêuticas do antimonial e é a opção terapêutica para gestantes, quando os benefícios do tratamento compensam os riscos.

A dose de desoxicolato de Anfotericina B é de 0,7 a 1,0mg/kg/dia, com dose total de 25-40mg/kg. A dose diária não pode ultrapassar 50mg. A administração da medicação é feita em ambiente de hospital-dia ou similar, a infusão após reconstituição e diluição dura de 4 a 6 horas. É contraindicada para nefropatas e se indicado após uso de antimonialato, deve-se aguardar 15 dias para início desta medicação, pelo risco de toxicidade renal e cardíaca.

A Anfotericina B lipossomal é utilizada na dose de 2 a 5 mg/kg/dia, até atingir a dose total de 25 a 40 mg/kg, dependendo da resposta clínica. A reconstituição e diluição das duas apresentações estão disponíveis no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar do Ministério da Saúde, 2017.

Pentamidina

Em áreas com predomínio de *Leishmania guyanensis*, a pentamidina é a primeira escolha terapêutica. No Brasil, há disponível o Isotionato de Pentamidina em ampolas contendo 300mg/sal, deve ser dissolvida em 5ml de água para injeção antes de ser administrado.

A dose é de 3-4mg/kg/dia, por via intramuscular profunda, de dois em dois dias, recomendando-se não ultrapassar o total de 2g, em geral são necessárias 3 aplicações em 1 semana. Também pode ser administrada por via endovenosa lenta (60 a 120 minutos) após reconstituição e diluição em soro glicosado a 5% ou soro fisiológico 0,9%.

Levando em consideração a maior comodidade posológica quando comparada ao antimonial, a pentamidina é uma opção terapêutica viável para as comunidades ribeirinhas.

O medicamento tem ação sobre o metabolismo de glicose, podendo causar hipoglicemia. Portanto, a medicação não deve ser administrada em jejum, e o paciente deve ficar em repouso 15 minutos antes e após as injeções.

São contraindicações a usa pentamidina: gestação, diabetes mellitus, insuficiência renal, insuficiência hepática, doenças cardíacas e crianças com peso inferior a 8kg.

AVALIAÇÃO DE CURA

O Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana - Ministério da Saúde - recomenda retornos mensais nos três meses consecutivos ao tratamento, a fim de avaliar a epitelização da lesão cutânea. Após cura, o paciente deve permanecer em seguimento a cada 2 meses até completar 12 meses do início do tratamento.

DERMATOSES

CAPÍTULO 03



Fonte: Unsplash

DERMATOSES INFECTOCONTAGIOSAS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA

Algumas condições das populações ribeirinhas podem favorecer o surgimento de infecções e infestações cutâneas:

- O clima quente e úmido próprio de regiões tropicais é propício para desenvolvimento e transmissão de vários microrganismos;
- As condições de habitação entre as quais podem ser citadas famílias numerosas em pequenos espaços, permitindo maior facilidade de contágio;
- Falta de acesso ao saneamento e coleta de resíduos sólidos já que muitas

moradias são afastadas das sedes dos municípios e podem ser flutuantes ou palafitas;

- As atividades econômicas ligadas a agricultura e extrativismo que favorecem o contato diário e prolongado com o solo e água.

PIODERMITES

As infecções bacterianas da pele são frequentes no contexto da atenção básica de saúde. A seguir, vamos identificar as formas mais comuns e suas abordagens terapêuticas.

IMPETIGO/ECTIMA

Infecção muito frequente em crianças, contagiosa, comum em ambientes de alta temperatura e umidade, manifesta-se por bolhas (principalmente no período neonatal) ou crostas (mais comum em crianças pré-escolares). Tem como agentes o *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. Costuma afetar região perinasal ou perioral, mas pode atingir também outros segmentos corporais, geralmente, sobre locais de prurido, traumas da pele ou outras infecções (como na varicela). O Ectima é uma variante mais profunda do impetigo que chega a acometer a derme, gerando uma úlcera superficial.



Impetigo crostoso

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br



Impetigo bolhoso

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Lesões isoladas podem ser tratadas com antibióticos tópicos como ácido fusídico ou mupirocina em 3 aplicações diárias. Lesões disseminadas e com comprometimento sistêmico (febre, p.ex) indicam uso de antibioticoterapia oral: Eritromicina, Cefalexina ou Amoxicilina associada ao ácido clavulânico. Outra opção terapêutica é a Penicilina benzatina em dose única. É infrequente que paciente com impetigo necessite hospitalização, mas caso ocorra podem ser utilizados: Cefalotina, Ceftriaxona ou Clindamicina por via endovenosa.

Cefalexina e Eritromicina

Crianças: 50mg/kg/dia, dividida em 4 doses diárias de 6/6h por pelo menos 7 dias. Para a apresentação de 250mg/5ml vale a regra prática de dividir o peso da criança por 4, o resultado é quantidade em mililitros que deverá ser administrada em cada dose. P.ex.: criança de 20kg. $\text{Peso}:4 = 20:4 = 5\text{ml}$ de 6/6h

Adultos: 500mg de 6;6h po rpleo menos 7 dias

Amoxicilina + ácido clavulânico

Crianças: 50mg/kg/dia. Para a apresentação de 250mg+62,5mg/5ml - dividir em 3 doses diárias cada 8h; para apresentação 400mg+57mg/5ml -dividir em 2 doses a cada 12h

Adultos: 500mg+125mg 8/8h por pelo menos 7 dias ou 875mg+125mg 12/12h por pelo menos 7 dias

Penicilina benzatina

>25kg 1.200.000UI IM dose única

<25kg 600.000UI IM dose única

Cefalotina

Crianças: 100 a 150mg/kg/dia dividida em 4 doses a cada 6h

Adultos: 1g a cada 6h

Ceftriaxona

Crianças: 20 a 80mg/kg a cada 24h (em média entre 50 e 75mg)

Adultos: 1g a cada 24h

Clindamicina

Crianças: 20 - 40 mg/kg por dia, dividida em 3 ou 4 doses iguais.

Adultos: 1200 – 1800 mg por dia, divididas em 3 ou 4 doses iguais

FURÚNCULO/ABCESSOS

Coleções de pus que podem ser diferenciadas do tecido adjacente. O furúnculo acomete áreas com pêlos, enquanto o abscesso pode acometer qualquer área do corpo. O agente principal é o *S.aureus*. Furúnculos simples podem ser resolvidos com compressas quentes até drenagem espontânea. Lesões flutuantes maiores, geralmente requerem incisão e drenagem. É válido associar antibioticoterapia se lesões em face, presença de flebite/celulite, múltiplas lesões e comorbidades ou imunossupressão. As opções terapêuticas são as mesmas descritas anteriormente para impetigo.

ERISPELA/CELULITE

A Erisipela é uma infecção da derme superficial com marcado comprometimento linfático, enquanto a Celulite acomete a derme profunda e tecido subcutâneo. Ambas caracterizam-se pelo eritema, calor, edema e dor local. A erisipela é mais bem delimitada em relação a pele saudável, já a celulite tem limites imprecisos e pouco palpáveis. Podem vir acompanhadas de febre e calafrios, costumam acometer face e membros inferiores. Na superfície podem se formar pústulas, bolhas ou áreas de necrose superficial. Crianças, idosos, diabéticos e portadores de linfedema ou úlceras crônicas são mais atingidos.



Erisipela

Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

As duas compartilham os mesmos agentes etiológicos, mas na erisipela o estreptococo do Grupo A é mais comum, enquanto que na celulite o agente mais frequente é o *S.aureus*.

O tratamento ambulatorial pode ser feito com Cefalexina ou Amoxicilina associada ao ácido clavulânico, como primeiras opções, e Clindamicina como alternativa. Em caso de hospitalização, são indicadas as Penicilinas naturais (na erisipela principalmente), Cefalosporinas e Oxacilina. **Penicilina procaína:** 400.000 a 800.000 UI, duas vezes ao dia, via intramuscular. **Oxacilina:** 100 a 200 mg/Kg/dia para crianças e 8 a 12 g/dia para adultos, dividida em quatro ou seis doses.

DERMATOSES FÚNGICAS SUPERFICIAIS

TINHAS

Grupo de doenças causadas por um grupo de fungos com afinidade pela queratina, capazes de afetar os pelos e extrato córneo cutâneo, pertencentes aos gêneros Trichophyton, Microsporum e Epidermophyton. Cada tinha recebe o nome do seguimento ou estrutura corpórea que acomete, aqui vamos listar as mais relevantes.

Tinha do couro cabeludo (tinea capitis)

Infecção fúngica do couro cabeludo, comum na infância, que leva a formação de áreas de alopecia com descamação e fios tonsurados. Placa única geralmente é causada por fungos do gênero Microsporum (zoofílico) e múltiplas placas são frequentemente causadas por fungos do gênero Trichopyton (antropofílico). O tratamento é feito com antifúngicos sistêmicos por 30 a 60 dias como Griseofulvina 15mg/kg/dia (especialmente para tinha microspórica) ou Terbinafina (até 20kg: 62,5mg/ 20 a 40kg: 125mg/ >40kg: 250mg).



Tinha do couro cabeludo - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tinha do corpo (tinha corporis)

Manifesta-se por uma ou mais manchas com bordas descamativas e, muitas vezes eritematosas, com centro mais claro ou poupado, dando aspecto de arco (arciforme), prurido variável, popularmente chamada de impigem. O tratamento tópico geralmente é efetivo, com duas aplicações diárias de creme ou loção antifúngica por até 1 semana após o desaparecimento das lesões (pode ser necessários de 15 a 30 dias). São opções tópicas: terbinafina, butenafina, miconazol, cetoconazol, cloritramazol, ciclopirox, entre outros. Em caso de falha da terapêutica tópica ou acometimento extenso da pele, pode-se optar por tratamento sistêmico com Itraconazol, Terbinafina, Fluconazol, ou Cetoconazol em duas doses habituais. Por doses habituais, entende-se: doses habituais de bula. **Itraconazol:** 100mg/dia por 2 semanas. **Terbinafina:** 250mg/dia por 2 a 4 semanas. **Fluconazol:** 150mg/semana por 2 a 6 semanas. **Cetoconazol:** 200mg/dia por 2 a 4 semanas. É válido atentar-se aos efeitos colaterais e possíveis contraindicações de cada medicação, segundo as bulas das mesmas, com atenção especial às contraindicações ou ajuste de doses para pacientes com hepatopatia, nefropatia ou com histórico de abuso de bebida alcoólica. Na dúvida, opte pelo tratamento tópico.



Tinha do corpo - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Tinha crural (tinha cruris)

Acometimento da região inguinal, comum em adultos jovens do sexo masculino, que se mostra com eritema, leve descamação e muitas vezes, maceração local. Faz diagnóstico diferencial com dermatite seborreica, dermatite de contato e eritrasma. O tratamento é o mesmo utilizado para tinha do corpo. É parte do tratamento e ajuda evitar recidivas, orientar o paciente a secar bem as áreas de dobras após o banho e evitar permanecer longos períodos com roupas úmidas como trajes de banho.

Tinha do pé (tinea pedis)

Micose dos pés que pode se apresentar de três formas: intertriginosa com maceração, descamação e prurido entre os dedos dos pés, principalmente entre o 4º e 5º pododáctilos; vesicobolhosa, com aspecto de vesículas, pústulas e descamação nas plantas; e escamosa, com predomínio de descamação fina por toda a planta, muitas vezes acompanhada de onicomicose. O tratamento medicamentoso se faz com imidazólicos, terbinafina ou ciclopirox olamina tópicos como descrito anteriormente para as demais tinhas. A troca diária de meias, secagem dos pés e regiões interdigitais após banho, arejar calçados fechados são medidas complementares para o sucesso do tratamento.

Tinha das unhas

A infecção fúngica das unhas causa alterações na coloração das mesmas, com descolamento distal do leito ungueal, o que gera um aspecto opaco da unha, seja esbranquiçado ou amarelado. O tratamento pode ser feito com Amorolfina ou Ciclopirox olamina em esmalte. O comprometimento de mais de um terço da lâmina ungueal é indicativo de tratamento sistêmico. Podem ser utilizados Terbinafina 250mg /dia por 6 (mãos) a 12 semanas (pés); Itraconazol 200mg/dia por 6 a 12 semanas ou pulsado 200mg 2x/dia por 1 semana com intervalo de 3 semanas entre os pulsos, sendo necessários 2 pulsos para unhas da mão e 3 pulsos para unhas dos pés; Fluconazol 150 a 300mg 1x/semana até a cura clínica que pode levar de 3 a 12 meses.

Pitiríase versicolor

Dermatose causada por fungo pertencente a flora normal da pele, *Malassezia furfur*, portanto, não é contagiosa, popularmente conhecida como pano branco. Manifesta-se por manchas hipocrômicas (mais claras que pele normal), ou manchas hipercrômicas (mais escuras, acastanhadas ou amarronzadas) ou eritematosas (avermelhadas). Acomete comumente as áreas de maior produção de sebo do corpo: tórax, dorso e face. A lesão, quando friccionada ou estirada, tem descamação fina que consiste no sinal de Zireli. Pode ser pruriginosa ou não. O tratamento é feito com imidazólicos tópicos em creme ou solução tópica: cetoconazol, miconazol, fenticonazol, etc. De forma sistêmica pode ser utilizados o Cetoconazol 200mg/dia por 10 dias, Fluconazol 150 a 300mg/semana por 2 a 4 semanas, Itraconazol 200mg/dia por 7 dias.

DERMATOZOOSE

CAPÍTULO 04

ESCABIOSE

Parasitose contagiosa da pele causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* cuja penetração na pele pode gerar vesículas, pápulas e pequenos sulcos. Acomete principalmente áreas interdigitais, punhos, axilas, virilhas, ao redor do umbigo, região interglútea e genitália externa nos homens. Em casos de longa evolução, é comum a formação de pápulas e nódulos pruriginosos na bolsa escrotal e pênis, caracterizando a escabiose nodular.



Escabiose nodular - Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

O tratamento é feito com Ivermectina em dose única, por via oral, podendo ser utilizada em crianças a partir de 15kg. A dose indicada é 200µg/kg (ou 0,2mg/kg). Para facilitar a prescrição, pode-se adotar a “regra” de meio comprimido a cada 15kg de peso corporal. Portanto, um adulto de 60kg precisaria de 2 comprimidos em dose única. É indicado repetir a dose após 1 semana. Não deve ser utilizado por gestantes.

Para tratamento tópico, a primeira escolha é a Permetrina a 5% em loção cremosa, que deve ser aplicada uma única vez a noite e retirada na manhã seguinte após, pelo menos, 8 horas de contato com a pele. Pode ser utilizada a partir de 2 meses de vida e durante a gestação ou lactação. Para sucesso da terapia, é necessário o tratamento dos contatos do doente, mesmo que assintomáticos, e lavagem das roupas de banho e de cama com água quente. Os itens pessoais como rede e almofadas, por exemplo, que não podem ser lavados facilmente, devem ser guardados em sacolas bem fechadas por uma semana, pois o ácaro não sobrevive por mais de 5 dias fora do corpo humano.

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

Erupção serpinginosa, muito pruriginosa, que afeta mais comumente pés, nádegas e mãos, causada pela penetração de larvas do *Ancylotoma* sp. presente no solo ou fômites contaminados com fezes de cães. Pode ser feito tratamento tópico com Tiabendazol em creme friccionado sobre as lesões por cerca de 10 dias ou tratamento sistêmico com Albendazol 400mg por 3 dias ou Ivermectina em dose única de 200µg/kg.



Larva migrans cutânea - Fonte: www.drauziovarella.uol.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. Cruz RCS, Bühner-Sékula S, Penna MLF, Penna GO, Talhari S. Hanseníase: situação atual, aspectos clínicos, laboratoriais, histórico do tratamento e perspectiva de esquema único para todas as formas clínicas. *An Bras Dermatol.* 2017;92(6):764-77.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de
8. Vigilância Epidemiológica. Atlas de leishmaniose tegumentar americana: diagnósticos clínico e diferencial / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
9. Lima EB, Porto C, Motta JCO, Sampaio RNR. Tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana. *An Bras Dermatol.* 2007;82(2):111-24
10. BOLOGNA, J.; JORIZZO, J.; RAPINI, R. P. *Dermatologia essencial*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. ISBN 8535282610
11. 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