



## Dermatoses Não-Alérgicas: Desafios Diagnósticos

### *Non-Allergic Dermatitis: Diagnostic Challenges*

Rachel C. Garcia<sup>1</sup>, Maria C. W. Rey<sup>2</sup>, Luiz A. G. Bernd<sup>3</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** A pele é sede de numerosas afecções alérgicas. Sinais e sintomas associados às dermatites alérgicas, como eritema, descamação e prurido, são comuns a condições dermatológicas que não apresentam componente alérgico. A presença desses sinais e sintomas, muitas vezes, sugere às pessoas estarem frente a um fenômeno alérgico, o que pode levá-las a consultar um especialista. O alergologista com frequência se depara com esses pacientes. O diagnóstico diferencial entre dermatoses alérgicas e não-alérgicas pode representar um desafio na prática clínica. Esta revisão indica as principais condições dermatológicas não-alérgicas que, na opinião dos autores, podem ser confundidas com dermatites alérgicas.

**Fonte dos dados:** Foram consultados os principais livros textos de Alergia Clínica e de Dermatologia, salientando-se os aspectos relevantes para o objetivo do artigo.

**Síntese dos dados:** As condições clínicas estão agrupadas de acordo com a etiopatogenia

**Conclusões:** As manifestações cutâneas de várias doenças podem sugerir tratar-se de dermatites alérgicas. O especialista deve estar atento para os principais aspectos dessas dermatites para avaliar com propriedade e encaminhar a conduta mais apropriada.

*Rev. bras. alerg. imunopatol. 2005; 28(5):222-229 dermatite, dermatoses, liquen, dermatozoonoses.*

#### Abstract

**Objective:** The skin is site of numerous allergic affections. The signs and symptoms associated with allergic dermatitis, such as erythema, desquamation, and pruritus are also common to skin conditions of nonallergic nature. The presence of these signs and symptoms, often leads people to believe they are suffering from some form of allergy. Thus, an allergist often encounters patients with dermatological pictures which do not have an allergic component. The differential diagnosis between allergic and non-allergic dermatoses may pose a challenge in clinical practice. This review outlines the main non-allergic skin conditions which, in our view, may be mistaken for allergic dermatitis.

**Data sources:** Reference textbooks of Allergy and Dermatology have been consulted, highlighting those aspects that are relevant to the aim of the article.

**Data presentation:** Clinical conditions have been grouped according to their etiopathogeny.

**Conclusions:** Cutaneous manifestations of several diseases may suggest the presence of allergic dermatitis. The specialist must be aware of the main features of these dermatoses in order to make a proper evaluation and indicate the best course of action.

*Rev. bras. alerg. imunopatol. 2005; 28(5):222-229 dermatitis, dermatosis, liquen, dermatozoonosis.*

#### Introdução

Dermatites alérgicas apresentam prevalência elevada na população e representam importante causa de consulta com o alergista clínico. O diagnóstico diferencial entre dermatoses alérgicas e não-alérgicas muitas vezes pode se tornar bastante difícil, principalmente em pacientes com lesões cutâneas eritematosas e/ou pruriginosas. Na avaliação inicial é importante a caracterização correta das lesões. Para tanto, é fundamental um sólido conhecimento em dermatologia.

O alergologista com frequência se defronta com situações que não estão associadas à sensibilização alérgica. Muitos pacientes chegam ao ambulatório pela indicação de médicos generalistas ou de outras especialidades. Kay, em 1997, afirmava que os alergistas ingleses gastavam muito

do seu tempo para convencer pacientes da ausência de alergia como causa de manifestações clínicas<sup>1</sup>. Leung, por sua vez, enumerou dezenas de condições dermatológicas que apresentavam sinais e/ou sintomas comuns à dermatite atópica<sup>2</sup>.

O diagnóstico diferencial das afecções alérgicas cutâneas deve se basear no exame clínico, na história do paciente e, com frequência, em exames laboratoriais específicos para o diagnóstico de alguma destas doenças e testes alérgicos, como os testes cutâneos de leitura imediata e os testes de contato<sup>3</sup>.

Nesta revisão, fazemos considerações sobre as principais condições clínicas que podem ser confundidas com dermatites alérgicas, as quais estão sintetizadas no quadro 1.

1. Médica Dermatologista, Preceptora do Curso de Especialização em Dermatologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA)
2. Médica Dermatologista, Preceptora do Curso de Especialização em Dermatologia da FFFCMPA
3. Prof. Titular Disciplina de Imunologia e Imunopatologia da FFFCMPA

**Quadro 1-** Dermatoses não-alérgicas: características principais que podem auxiliar no diagnóstico diferencial

Doença	Clínica	Diagnóstico diferencial	Comentário
Eczema Disidrótico	Afeta mãos, palmas e plantas; descamação	Eczema de contato, irritativo ou alérgico	Prurido leve; testes de contato negativos; manipulação de alimentos ou produtos irritantes; presença de micose superficial
Eczema de estase	Edema, eritema, eczema no terço inferior da perna	Eczema de contato (pode ocorrer de forma secundária)	Presença de varizes
Líquen simples crônico	Placa liquenificada, prurido intenso, freqüente na nuca e região sacra	D. atópica, D. de contato, psoríase	Prurido intenso, fator emocional muitas vezes proeminente e evidente
Eczema seborréico	Criança: face, couro cabeludo (crosta láctea)	D. atópica, candidíase	
	Adulto: áreas ricas em glândulas sebáceas; testa, nuca, sulco nasogeniano, região pré-esternal	D. atópica, D. de contato, psoríase, pitiríase rósea, candidíase	Evolução prolongada, recidivas freqüentes, ausência de sensibilização alérgica
Dermatite herpetiforme	Lesões pápulo-vesiculosas, pruriginosas, que evoluem para bolhas tensas simétricas; aspecto herpetiforme	Dermatite de contato	Evolução prolongada, recidivas freqüentes, ausência de sensibilização alérgica
Psoríase	Placas arredondadas, eritematosas, escamosas	Dermatite de contato, erupção morbiliforme (medicamentos)	Lesões circunscritas, localizações características
Pitiríase rósea	Pápulas eritematosas, descamação, presença de lesão com diâmetro maior (herald patch)	Erupção morbiliforme (medicamentos?)	pouco ou nenhum prurido, mais comum na primavera - verão, longa duração (4-8 semanas)
Pitiríase rubra pilar	Pápulas que coalescem, prurido discreto	D. contato	Pequeno prurido, ausência de vesículas e exsudação
Miliária	Pápulas e vesículas com halo eritematoso, em zonas de sudorese intensa	D. atópica, D. contato	Manifestações nos meses de calor.
Escabiose	Prurido intenso, extensão variável, com vários tipos de lesão: túnel (saliência linear e sinuosa), vesículas co crostas hemáticas. Distribuição característica: espaços interdigitais das mãos, punhos, axilas, cintura, nádegas, mamas, pênis, pés. Em crianças, pode acometer couro cabeludo, palmas e plantas	Prurido, D. contato	Extensão das lesões, intensidade do prurido, possível acometimento de familiares ou contactantes, duração da dermatite
Larva migrans	Saliência eritematosa com pápula na extremidade, prurido	Urticária	Número limitado de lesões, dermatite não é evanescente
Pitiríase versicolor	Máculas com fina descamação no pescoço, tórax e porções proximais dos membros superiores. Maior incidência no verão	D. atópica	Ausência de prurido, percepção pelo paciente do aumento do número de lesões
Dermatofitoses	Tinhas anulares e as vesiculosas podem ser confundidas com placas de eczema	D. contato	Lesões vesiculares, crostas, lesão com bordas ativas
Candidíase	Lesões eritematosas, úmidas, em regiões de dobras, presença de lesões satélites	D. de contato	Lesões em áreas de dobras, aspecto eritemato-violáceo, lesões satélites, prurido leve
Sarampo, Rubéola, Mononucleose	Erupção eritematosa, formação de máculas ou pápulas, adenomegalia, febre	Erupção por drogas	Comprometimento do estado geral, febre, prurido leve ou ausente
Molusco contagioso	Pápulas, umbilicadas, localizadas	Autoindicação: Picada de insetos, herpes zoster, etc.	Lesões localizadas, aspecto das lesões (umbilicadas e peroladas)

## I- Erupções Eczematosas

### **Eczema Disidrótico**

O eczema disidrótico, também conhecido como disidrose ou ponfólix, é uma erupção aguda e recorrente que acomete as palmas, plantas ou faces laterais dos dedos<sup>4,6</sup>. Caracteriza-se por lesões vesiculosas, numerosas, isoladas ou confluentes, que posteriormente secam, originando descamação (figura 1). Pode haver prurido.

A etiologia permanece incerta. Parece existir predisposição nos indivíduos acometidos, mas fatores estressantes têm sido relacionados com os episódios de eczema disidrótico<sup>4</sup>.

Algumas infecções fúngicas em outros locais podem cursar com erupção disidrótica em palmas e/ou plantas sem presença de fungos (reação tipo Ide). Penicilina e outros antibióticos também podem causar eczema disidrótico.

Muitos contactantes podem desencadear o quadro, tanto por irritação primária como por sensibilização alérgica<sup>5, 7</sup>. Para alguns, o eczema disidrótico é uma manifestação de atopia. Há história pessoal de atopia em 19-34% dos pacientes com disidrose<sup>4</sup>.

Os principais diagnósticos diferenciais da disidrose são eczema de contato e psoríase palmo plantar. Dermatite nas mãos sempre é um quadro de abordagem complexa. Atividade profissional, hábitos pessoais, contato com ali-

mentos, irritantes primários e alérgenos devem ser avaliados em detalhes.



Figura 1 - Disidrose

#### **Eczema de Estase**

Eczema de estase (dermatite de estase, eczema hipotático, eczema varicoso) é uma patologia crônica das pernas causada pela estase venosa. As causas mais comuns de estase são varizes, por insuficiência valvular ou tromboflebitas. Fatores como obesidade, lesões tróficas musculares e fraturas de membros inferiores também estão envolvidos<sup>5</sup>.

Há diminuição no fornecimento de oxigênio aos tecidos e seqüestro de leucócitos, com liberação de enzimas proteolíticas e radicais livres, causando dano tecidual e reação inflamatória<sup>6</sup>. Inicialmente, surgem edema e dermatite ocre (manchas vermelho-acastanhadas decorrentes do depósito de hemossiderina), principalmente no terço inferior das pernas. Posteriormente, ocorre eczema secretante, que pela coçadura torna-se liquenificado<sup>4,5</sup>. Pode haver infecção bacteriana secundária e erisipela.

As condições que merecem consideração no diagnóstico diferencial são a dermatofitose e outros eczemas, principalmente de contato<sup>5,6</sup>. De modo geral, eczema de estase não representa quadro de diagnóstico difícil. O que pode tornar a dermatite mais complexa é a sobreposição de eczema de contato pela aplicação cutânea de medicamentos ou substâncias irritantes.

#### **Líquen Simples Crônico e Liquenificação**

Liquenificação é um espessamento da pele, com sulcos, descamação seca e, às vezes, escoriações. Caracteriza-se por dois elementos fundamentais, prurido intenso e hiperplasia da epiderme. Pode ser secundária a dermatoses pruriginosas prévias como dermatite atópica, eczema de contato crônico e dermatofitose<sup>3,4,6</sup>.

O líquen simples crônico ou neurodermite caracteriza-se por lesão em placa liquenificada, muito pruriginosa, de evolução crônica. Inicia-se com um estímulo pruriginoso que leva à coçadura. A coçadura repetitiva, mesmo após a exclusão do estímulo inicial, leva à liquenificação. Esta, ocasiona mais prurido, levando a uma reação em cadeia: prurido → liquenificação → prurido. Qualquer área da pele

pode ser acometida, sendo mais freqüente na nuca, região sacra e membros.

No diagnóstico diferencial devem ser considerados a dermatite atópica, a psoríase, a dermatite de contato e o eczema de estase<sup>2,4,5</sup>. Fatores emocionais com freqüência estão envolvidos e merecem consideração específica.

#### **Dermatite Seborréica**

Eczema seborréico (dermatite seborréica) é afecção crônica, recorrente, não contagiosa e de grande prevalência. Atinge pelo menos 5% da população geral e tem incidência elevada em pacientes HIV positivos.

Acomete áreas ricas em glândulas sebáceas e, eventualmente, zonas intertriginosas. A causa não é conhecida, porém parece haver uma alteração sebácea e um componente imunológico. Há relação com estímulo androgênico, o qual aumenta a secreção sebácea. Este fator explicaria a ocorrência de dermatite seborréica nos lactentes (andrógenos maternos) e após a puberdade (aumento na secreção de andrógenos).

Parece haver participação do fungo *Pityrosporum ovale*. Alguns fatores favorecem a dermatite seborréica, como: frio, umidade, estresse emocional, alguns quadros neurológicos (poliomielite, siringomielia, doença de Parkinson), alcoolismo, diabetes e infecção por HIV<sup>4,6</sup>.

**Lactente** – Eczema seborréico pode surgir nos primeiros meses de vida. Nesta fase, as lesões se caracterizam por escamas gordurosas aderentes, com base eritematosa em couro cabeludo - crosta láctea (figura 2).



Figura 2 - Dermatite Seborréica

Também podem ocorrer lesões eritemato-escamosas na face, tronco e em áreas de dobras como axilas, região inguinal e área das fraldas. É freqüente a contaminação secundária por *Candida albicans* ou *Staphylococcus aureus*. Nesta fase os principais diagnósticos diferenciais são a dermatite atópica (surge mais tardiamente), dermatite das fraldas e intertrigo micótico.

**Adulto** - As lesões são eritemato-escamosas, com escamas de aspecto gorduroso, atingindo couro cabeludo, face, principalmente glabella e sulco nasogeniano, região retroauricular, região pré-esternal, região pubiana e axilar. O prurido é discreto, exceto nas lesões do couro cabeludo (caspa). A dermatite seborréica do couro cabeludo freqüentemente está acompanhada de queda de cabelo. Pode haver também acometimento do conduto auditivo externo e das pálpebras (é importante o diagnóstico diferencial com a dermatite de contato). Há casos de disseminação da dermatite seborréica, podendo levar à eritrodermia.

Os principais diagnósticos diferenciais são psoríase, dermatite de contato, dermatite atópica, pitíriase rósea, candidoses e dermatofitoses. A distribuição das lesões, o caráter recidivante, a intensidade moderada a leve do prurido contribuem para o diagnóstico correto. Devemos considerar que dermatite de contato pode se sobrepor ao quadro seborréico<sup>7</sup>.

## II- Erupção Vésico-Bolhosa

### Dermatite Herpetiforme

Dermatite Herpetiforme ou Dermatite de Duhring é dermatose bolhosa crônica associada à enteropatia sensível ao glúten, clínica ou subclínica, que apresenta componente genético acentuado (HLA-B8 e HLA-DR3)<sup>2,5</sup>. Caracteristicamente, encontra-se depósito de IgA de forma granular ao longo da zona da membrana basal<sup>5</sup>.

Manifesta-se por lesões pápulo-vesiculosas, pruriginosas, que evoluem para bolhas tensas simétricas, com tendência a agrupar-se adquirindo aspecto herpetiforme. Tem predileção pelas áreas extensoras dos braços, coxas, nádegas, regiões escapulares, podendo ocorrer em qualquer área do corpo<sup>5</sup>. É mais freqüente em adultos, evolui por surtos cíclicos e não compromete o estado geral do paciente<sup>5,8</sup>. Pode ser confundida com dermatite de contato.

## III - Erupções Eritemato-escamosas

### Psoríase

A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica, recorrente, relativamente freqüente, que atinge de 1% até 2% dos indivíduos em alguns grupos populacionais. Ocorre igualmente em ambos os sexos e apresenta dois picos de incidência: aos 22,5 anos e aos 55 anos de idade<sup>4</sup>. A causa da psoríase é desconhecida. A predisposição à doença é geneticamente determinada, entretanto fatores ambientais contribuem na etiologia da enfermidade<sup>5</sup>.

Apresenta diversas formas clínicas, sendo a mais freqüente a *psoríase vulgar*<sup>4</sup>. Esta se caracteriza por placas arredondadas, circunscritas, eritematosas, secas e com escamas prateadas de diversos tamanhos. As lesões apresentam predileção pelo escalpo, unhas, joelhos, cotovelos, região umbilical e região sacra. A erupção é geralmente simétrica e pode variar de mácula solitária até dezenas de lesões distribuídas pelo tegumento (figura 3). Usualmente se desenvolve lentamente. Sintomas como prurido e queimação podem estar presentes<sup>9</sup>, de forma geral em grau leve.

A psoríase não representa um quadro de difícil diagnóstico diferencial com dermatites alérgicas. Porém, é preciso estar atento visto que muitos pacientes, levados por variados motivos, podem procurar avaliação em consultório de alergologista.



Figura 3 - Psoríase

### Pitíriase Rósea

Erupção exantemática aguda de causa desconhecida<sup>4,9</sup>. O quadro evolutivo sugere infecção viral, porém esta hipótese nunca foi provada e a dermatose não é contagiosa<sup>5,9</sup>. A incidência é maior entre os 15 e os 40 anos de idade, sendo mais prevalente nos meses de primavera e outono. Atinge mais freqüentemente as mulheres<sup>9</sup>.

A erupção apresenta lesões ovaladas, eritemato-escamosas, chamadas medalhões, com bordas ligeiramente elevadas e centro amarelado descamativo. Estas lesões têm o longo eixo paralelo às linhas de clivagem da pele. Há uma lesão maior, que precede às demais, denominada placa primária ou medalhão inicial. Conjuntamente com estas lesões, ocorrem pápulas eritemato-descamativas lenticulares em proporção variável. O exantema localiza-se no tronco, podendo atingir pescoço e membros (figura 4). Raramente atinge a face, mãos e pés. O prurido, quando ocorre, é discreto. O tempo de evolução é de quatro a oito semanas, com regressão total<sup>5</sup>.

Muitos pacientes associam surgimento da dermatite com uso de medicamentos ou ingestão de determinados alimentos. O médico precisa estar seguro do diagnóstico, uma vez que as lesões podem perdurar por muitas semanas.

### Pitíriase Rubra Pilar

Dermatose crônica que apresenta duas formas clínicas: uma familiar de início em geral na infância e outra adquirida que ocorre em adultos sem qualquer antecedente familiar<sup>5,9</sup>. A etiologia é desconhecida; a predisposição a esta doença é usualmente transmitida como herança autossômica dominante. Acomete ambos os sexos com igual freqüência<sup>9</sup>.

As lesões iniciais são pápulas foliculares eritematosas que coalescem formando placas eritemato-escamosas. A erupção inicia-se, geralmente, pelo couro cabeludo e estende-se para a face, nuca, tronco e extremidade, podendo generalizar-se. É patognomônica a presença de pápulas foliculares, com espículas córneas, localizadas no dorso da primeira e segunda falange dos dedos. Pode ocorrer, também, queratoderma palmo-plantar. Prurido é discreto e eventual. Não há comprometimento sistêmico<sup>5</sup>.

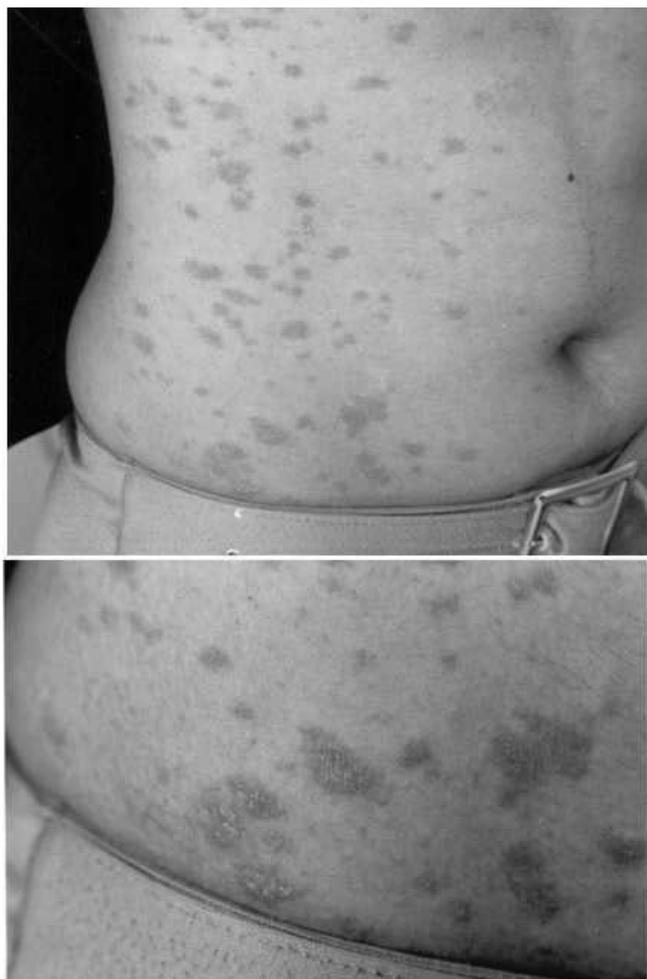


Figura 4 - Pityriase Rósea

#### IV - Afecções Glandulares

##### Miliária

Miliária é uma erupção causada pela obstrução dos dutos sudoríparos, com retenção do suor no interior da pele. Existem as formas cristalina (obstrução da porção mais superficial do duto sudorífero), rubra (obstrução da porção intra-epidérmica do duto) e profunda (obstrução da porção do duto situada na junção dermo-epidérmica)<sup>4, 5</sup>.

As formas cristalina e profunda são assintomáticas, enquanto a forma rubra é pruriginosa. Esta se apresenta como pápulas e vesículas com halo eritematoso, localizadas principalmente em áreas de maior concentração de glândulas écrinas, como tronco e membros<sup>5, 6</sup>. Calor intenso (principalmente se associado à umidade), longas exposições ao sol, uso excessivo de agasalhos no verão, banhos prolongados, surtos febris e exercícios físicos são as principais causas de obstrução dos dutos. O uso de bronzeadores, repelentes, pomadas e óleos também estão associados<sup>5</sup>.

#### V- Dermatozoonoses

##### Escabiose

Escabiose (sarna) é uma doença contagiosa, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis* e caracteriza-se pelo prurido, predominantemente noturno. A transmissão ocorre por contato pessoal e excepcionalmente por roupas. O parasita completa todo o ciclo biológico no homem, fora do hospedeiro, morre em menos de uma semana. Apenas a fêmea invade a pele. A fêmea fecundada penetra na ca-

mada córnea e escava túneis, particularmente à noite (motivo do prurido noturno) e deposita ovos. O ciclo de ovo a ácaro adulto dura em torno de duas semanas<sup>4, 5, 9</sup>.

A escabiose possivelmente é afecção cutânea não-alérgica com maior presença nos consultórios de alergologistas. A disseminação lenta e gradual, a ausência de melhora com medicamentos populares ou indicados por leigos e o prurido intenso são fatores que caracterizam esta situação.

Clinicamente, a escabiose apresenta alguns elementos a serem considerados: o prurido noturno, o túnel, a distribuição e as lesões secundárias. O túnel é uma saliência linear e sinuosa, com menos de 1cm, apresentando em uma das extremidades uma pequena vesícula onde está o parasita. Nem sempre os túneis são identificados, já que são frequentes as escoriações e infecções secundárias. A distribuição das lesões é característica, afetando principalmente os espaços interdigitais das mãos, punhos, axilas, cintura, nádegas, mamas, pênis e pés. Em crianças, a escabiose pode acometer também couro cabeludo, palmas e plantas (figura 5). As lesões secundárias são as escoriações, pelo prurido intenso e a infecção bacteriana secundária. É comum haver mais de um indivíduo infectado na mesma residência. Pode haver eosinofilia e aumento de IgE e IgM séricas. Podem surgir lesões nodulares e pruriginosas em região genital e axilas, que permanecem pós-tratamento. São reações de sensibilidade aos produtos de degradação parasitária.



Figura 5 - Escabiose

A escabiose crostosa ou sarna norueguesa é uma forma de escabiose que ocorre principalmente em pacientes imunodeprimidos. Há um número maior de parasitas nas lesões e formação de crostas<sup>5</sup>.

O diagnóstico é basicamente clínico, mas pode ser realizada a pesquisa de ácaros ou ovos através da escarifica-

ção das lesões e visualização em microscópio. Várias lesões devem ser pesquisadas e o exame negativo não exclui o diagnóstico<sup>5, 6</sup>.

#### **Helminíase migrante (Larva Migrans)**

É uma afecção freqüente, também denominada “bicho geográfico”, causada pela penetração de larvas do nematelminto *Ancylostoma braziliensis*, ou eventualmente, do *Ancylostoma caninum*, na pele. Estes são parasitas normais do cão e do gato, que ao defecarem na terra ou areia, depositam os ovos do parasita. Os ovos desenvolvem-se bem em terrenos arenosos e em condições favoráveis (calor e umidade) tornam-se larvas infestantes. O homem, ao entrar em contato com esta terra ou areia, infesta-se pela penetração das larvas através da pele. É uma inoculação acidental, já que as larvas deveriam penetrar na pele do animal para completar seu ciclo biológico. Ao penetrar, a larva instala-se na epiderme e progride intra-epidermicamente, formando um túnel linear e sinuoso. Este trajeto causa erupção saliente e eritematosa, que apresenta em sua extremidade uma pápula, onde está localizada a larva. O prurido é moderado a intenso, principalmente quando há infestação numerosa. As lesões ocorrem principalmente em pés e nádegas. Pode haver eosinofilia e aumento da IgE sérica. A doença é autolimitada, se não tratada há cura espontânea em alguns meses<sup>5, 6</sup>.

### **VI- Micoses Superficiais**

#### **Pitiríase Versicolor**

Afecção fúngica extremamente comum na camada córnea da epiderme, determinada pela *Malassezia furfur*, levedura encontrada em grande quantidade nas lesões. De ocorrência universal, tem maior prevalência em regiões de clima quente e úmido. Compromete adultos de ambos os sexos, havendo predisposição constitucional para a afecção<sup>5</sup>.

Quase sempre assintomática, é evidenciada geralmente após exposição solar, quando surgem manchas discromicas na pele responsáveis pela denominação “versicolor”<sup>5</sup>. Apresenta-se com máculas bem demarcadas e com fina descamação. As lesões localizam-se, habitualmente, no pescoço, tórax e porções proximais dos membros superiores<sup>4, 5, 9</sup>. Existe freqüente comprometimento do couro cabeludo e as regiões palmo-plantares e as mucosas nunca são afetadas<sup>5</sup>.

#### **Dermatofitoses**

Os dermatófitos constituem um grupo único de fungos capazes de infectar o epitélio queratinizado não-viável como o estrato córneo, as unhas e o cabelo. Incluem os gêneros *Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*. Assim, o termo *dermatofitose* representa a infecção por esses fungos, sendo também denominada de *Tinha*<sup>4, 5</sup>.

A prevalência das dermatofitoses é determinada por múltiplos fatores. As tinhas do couro cabeludo ocorrem, quase sempre, em crianças; as tinhas inguinais e do pé são mais freqüentes em homens adultos. As dermatofitoses são comuns em regiões de maior temperatura e umidade. A transmissão pode ser por contato direto ou indireto através de material contaminado<sup>5</sup>.

Dependendo do local da infecção, as dermatofitoses podem ser classificadas em tinha do couro cabeludo, tinha da barba, tinha da pele glabra, tinha da mão e do pé, tinha inguinal, tinha imbricada e tinha da unha. Apresentam aspectos morfológicos bastante diversos, dependendo da localização e do agente etiológico. De maneira geral, podem ser classificadas como vesiculosas, anulares (lesão eritemato-papulosa com crescimento centrífugo e cura central) e em placas (eritematosas e descamativas) (figura 6). Mui-

tas vezes, são acompanhadas de prurido, o que pode provocar dificuldade no diagnóstico<sup>5, 10</sup>.



Figura 6 - Tinha

#### **Candidíase**

Candidose, candidíase ou monilíase designam infecções cutâneas, cutâneo-sistêmicas ou sistêmicas por leveduras do gênero *Candida*. A mais freqüente é a *Candida albicans*, porém outras espécies podem ser também encontradas<sup>4, 5</sup>. *Candida albicans* é uma levedura de ocorrência universal, saprófita, eventualmente patógena, que habita a superfície da pele, mucosa oral, intestino e mucosa vaginal. Em determinadas condições, de acordo com sua virulência, fatores predisponentes e estado imunológico, multiplica-se, tornando-se parasita<sup>5, 9</sup>.

A Candidose Intertriginosa ocorre em áreas cutâneas de dobras e com umidade<sup>4, 9</sup>, tais como dobras axilares, inguinais e submamárias e caracteriza-se por lesões eritematosas, úmidas, secretantes que podem destruir a epiderme, formando erosões ou fissuras, que são envoltas por um colarete córneo, bastante sugestivo. Com freqüência, há lesões satélites que se iniciam como vesículas ou pústulas. Subjetivamente, há prurido de intensidade variável<sup>5</sup>. As causas predisponentes são obesidade, diabetes, alteração da imunidade sistêmica, umidades e higiene inadequada<sup>4, 5</sup>.

O aspecto eritematoso, a exsudação e o prurido podem sugerir sensibilização por contato. Todavia, a presença das pequenas lesões satélites são características da infecção por *Candida albicans*.

### **VII- Dermatoviroses**

As dermatoviroses e a mononucleose são condições que pelo início insidioso e as características da erupção cutânea podem apresentar dificuldade no diagnóstico diferencial. Todavia, o comprometimento do estado geral, a presença de febre e de adenomegalias podem facilitar a avaliação. Provas sorológicas específicas (pesquisa de anticorpos IgM e IgG) devem ser solicitadas para estabelecer o diagnóstico.

### **VIII-Exantemas**

#### **A- Sarampo**

Sarampo é uma infecção viral altamente contagiosa que ocorre principalmente na infância caracterizada por febre, coriza, tosse, conjuntivite, enantema patognomônico (Man-

chas de Koplik) e exantema. É causado por um paramixovírus<sup>4</sup>. O contágio se dá por contato ou inalação de partículas virais, eliminadas pelo doente dois dias antes até quatro dias após o aparecimento do exantema<sup>5, 9</sup>. O período de incubação é de 10 a 15 dias. A imunização específica é altamente efetiva na prevenção da infecção<sup>3, 9</sup>.

No quarto dia febril, aparecem máculas e pápulas eritematosas, exantema morbiliforme<sup>4, 5</sup>. Inicialmente as lesões são discretas, tornam-se confluentes (especialmente na face, pescoço e ombros) e, após, gradualmente, esmaecem e evoluem para resolução com lesão residual amarelada e descamativa. O exantema se inicia na face e evolui centrifugamente atingindo o tronco e as extremidades. Ocorre resolução do quadro em quatro a seis dias. Complicações e seqüelas são raras<sup>4, 5</sup>.

Considerando o amplo espectro da vacinação preventiva no Brasil é muito difícil que tenhamos que fazer este diagnóstico diferencial, mas para fins deste artigo se faz a citação.

### B - Varicela

É uma primo-infecção pelo vírus da varicela-herpes zoster (VZV ou HHV-3), caracterizada pelo aparecimento de vesículas em base eritematosa na pele e mucosas. A transmissão viral é aérea, sendo altamente contagiosa. Em geral, confere imunidade por toda vida. O período de incubação é de duas a três semanas<sup>5</sup>.

O quadro inicia-se com mal-estar, febre moderada e pequenas manchas eritematosas nas quais surgem vesículas. A erupção é mais numerosa no tronco. Característica importante é a evolução por surtos com o encontro das lesões em vários estágios evolutivos. Em cerca de uma semana, a febre desaparece e deixam de aparecer novas lesões<sup>5</sup>.

A disponibilidade de vacina para varicela é recente. Adolescentes e adultos não foram vacinados. A possibilidade de confusão no diagnóstico deve ser considerada. Na presença de dermatose compatível, as alterações do estado geral e a história de contato com pessoa infectada (família, escola, por exemplo) podem facilitar o diagnóstico.

### C – Rubéola

A Rubéola é uma infecção devida a um vírus da família Togaviridae, transmitida por contágio direto ou por inalação de partículas virais<sup>5, 9</sup>. É uma infecção comum na infância que se manifesta com exantema característico e linfadenopatia<sup>4</sup>. De evolução benigna, exceto quando adquirida durante a gestação quando pode causar malformações fetais. O período de transmissão é de cinco a sete dias antes do exantema e até três a cinco dias depois do seu aparecimento<sup>5</sup>. O tempo de incubação é de 14 a 21 dias. A imunização é altamente efetiva na prevenção da infecção<sup>4, 9</sup>.

O exantema inicia-se na face e depois atinge o pescoço, tronco e membros. É geralmente discreto<sup>5</sup>. As lesões são tipicamente máculas morbiliformes rósea pálidas<sup>9</sup>. Os sintomas gerais que precedem ou se associam são febre moderada, coriza, tosse, cefaléia e conjuntivite. Ocasionalmente, podem ser encontradas manchas eritematosas ou petéquias no palato ou na úvula (Sinal de Forchheimer). Há linfadenopatia generalizada sendo característica a linfadenomegalia occipital e cervical. Artralgias e artrites são mais comuns em adultos que em crianças. A evolução é benigna com a cura em uma semana<sup>4</sup>.

### Mononucleose Infecciosa

Doença provocada pelo vírus Epstein-Barr (EB). Quadro febril, mal estar, faringite, linfadenopatia moderada, esplenomegalia e erupção maculopapular em percentagem variável de pacientes<sup>8</sup>.

A dermatite pode ser confundida com erupção medicamentosa no início do quadro. O emprego de ampicilina para o tratamento da faringite determina maior freqüência de erupção cutânea.

Os exames laboratoriais (Monotest, IgG e IgM anti-VCA) podem confirmar o diagnóstico.

### Molusco Contagioso

Molusco Contagioso é uma infecção viral epidérmica autolimitada, caracterizada por pápulas cor da pele, usualmente umbilicadas<sup>4</sup>. A enfermidade é causada por um papovírus que atinge exclusivamente a pele e, excepcionalmente, as mucosas. É de distribuição universal e mais comum em crianças, sendo transmitida pelo contato individual. Na área genital em adultos, em geral, ocorre por transmissão sexual. Em crianças, é mais freqüente em atópicos. As lesões são mais abundantes e maiores em imunodeprimidos<sup>5</sup>.

A lesão é uma pápula semi-esférica, séssil, geralmente umbilicada, assintomática (figura 7). Na maioria das vezes, ocorrem numerosas pápulas, mais comumente atingindo o tronco, os membros e a genitália<sup>5</sup>.



Figura 7 - Molusco Contagioso

### Referências

1. Kay AB. Principles and Practice of Diagnosis and Treatment of Allergic Disease. In: Kay AB ed Allergy and Allergic Diseases, Blackwell Science; 1997. p. 1271-1290
2. Leung DM. Atopic Dermatitis. In Leung DM, Sampson HA, Geha RS, Szeffler SJ ed Pediatric Allergy, Principles and Practice. Mosby; 2003. p. 561-573
3. W Aberer, K Wolff. Differential Diagnosis of Allergic Skin Disease. In Leung DM, Greaves MW ed Allergic Skin Disease. New York: Marcel Decker ; 2000. p.371-380
4. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 2003.
5. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia, 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
6. Azulay, Azulay. Dermatologia, 3ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004.
7. Boguniewicz M, Beltrani VS. Contact Dermatitis. In Leung DM, Sampson HA, Geha RS, Szeffler SJ, ed Pediatric Allergy, Principles and Practice. Philadelphia, Mosby, 2003. p.584-594.
8. Habib TP, Campbell Jr. JL, Quitadamo MJ, Zug KA. Skin Disease, Diagnoses and Treatment, Philadelphia, Mosby, 2001
9. Odom KB, James WD, Berger TG. Andrews' diseases of the skin. Philadelphia: Saunders, 2000.

10. Printz DW. Other skin disorders. In Bierman CW, Pearlman D, Shapiro GG, Busse WW ed. Allergy, asthma, and Immunology from Infancy to Adulthood, 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company, USA; 1996. p. 653-664

Correspondência  
Dr. Luiz Antonio Guerra Bernd  
Rua Mariante, 257; conj. 105  
90430-181 - Porto Alegre - RS  
Fone: 0XX-51-3222.8862  
E-mail: lagbernd@terra.com.br