

BMJ Best Practice

Avaliação de erupção cutânea pustular

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	12
Considerações de urgência	12
Sinais de alarme	13
Diagnóstico	14
Abordagem passo a passo do diagnóstico	14
Visão geral do diagnóstico diferencial	22
Diagnóstico diferencial	24
Referências	47
Imagens	53
Aviso legal	63

Resumo

- Uma erupção cutânea pustular é definida como a ocorrência de uma erupção cutânea composta por lesões pustulares. Uma pústula é uma vesícula ou bolha contendo material purulento. Ela varia de tamanho e pode ocorrer em diferentes níveis no interior da epiderme: zona subcorneana, intraepidérmica ou da membrana basal.

Quando o pus está contido no interior da derme, a lesão é denominada abscesso ou furúnculo. Se ele é profundo e se espalha através de planos teciduais, é denominada carbúnculo. As pústulas podem ou não ser estéreis e costumam ser preenchidas com neutrófilos.

Esta monografia abrange erupções cutâneas puramente pustulares, além de erupções vesiculares que evoluem para erupções cutâneas pustulares.

Etiologia

Causas infecciosas

Bactérias:

- O impetigo é causado por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A ou pelo *Staphylococcus aureus*. O impetigo bolhoso é mediado por toxinas.[\[1\]](#) O impetigo pode ocorrer como uma infecção primária ou secundária a doenças cutâneas preexistentes, como eczema ou escabiose. Apresenta-se de 2 formas: bolhoso e não bolhoso.[\[2\]](#)
[\[Fig-1\]](#)

O impetigo não bolhoso é a infecção cutânea pediátrica mais comum. Em um estudo realizado no Reino Unido, a incidência anual de impetigo foi de 2.8% em crianças de até 4 anos de idade e de 1.6% em crianças de 5 a 15 anos de idade. [\[2\]](#)

- Ectima é uma infecção ulcerada mais profunda que pode ocorrer com linfadenite e é parte do diagnóstico diferencial de impetigo não bolhoso.[\[3\]](#)
- A foliculite é um pioderma localizado dentro de um folículo piloso, após uma oclusão folicular por queratina, hiper-hidratação ou infecção bacteriana ou fúngica.[\[4\]](#)
[\[Fig-2\]](#)

As apresentações variam. A etiologia infecciosa pode ser de origem bacteriana, viral ou fúngica. Exemplos bacterianos incluem *Pseudomonas folliculitis*, resultantes da colonização bacteriana de folículos pilosos após a exposição a água contaminada, por exemplo, em banheiras de hidromassagem, piscinas e saunas;[\[5\]](#) foliculite por *S aureus*, um patógeno comum relacionado a uma infecção folicular superficial.[\[6\] \[7\]](#) A porção mais profunda do folículo ocasionalmente é invadida por estafilococos, o que causa uma foliculite profunda.[\[4\] \[7\]](#)

- A foliculite por bactérias Gram-negativas é decorrente de tratamento antibacteriano prolongado; causada por interferência bacteriana e pela substituição da flora Gram-positiva da pele do rosto e das mucosas do nariz e pela infestação por bactérias Gram-negativas. Essas bactérias Gram-negativas incluem *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Klebsiella* e *Proteus mirabilis*.[\[8\]](#)
- A sífilis secundária é causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. Ela é quase sempre transmitida por contato sexual ou transmissões verticais.[\[9\]](#) Ela surge classicamente 6 a 10 semanas após o desaparecimento do cancro indolor da sífilis primária. A sífilis secundária manifesta-se principalmente como um rash mucocutâneo em associação com sintomas constitucionais vagos, linfadenopatia difusa e lesões cutâneas altamente infecciosas.[\[10\]](#)
[\[Fig-3\]](#)

As lesões resultam da disseminação hematogênica de treponemas de cancros sifilíticos. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDCs) dos EUA informaram que, em 2016, o índice de sífilis primária e secundária nos EUA era de 8.7 casos por 100,000 indivíduos.[\[11\]](#)

Vírus:

- O vírus do herpes simples (HSV) pode causar infecções primárias e recorrentes. O HSV-1 é responsável pela maioria dos casos de herpes labial. Um estudo mostrou que 51% dos indivíduos estudados tinham anticorpos anti-HSV-1.[\[12\]](#) O herpes urogenital geralmente é causado pelo HSV-2. A transmissão se dá por contato direto pele a pele. O período de incubação varia de 2 a 20 dias em

pacientes com infecção primária. A reativação da infecção herpética latente a partir dos gânglios neurais frequentemente é precedida por uma sensação de formigamento ou queimação antes do aparecimento de quaisquer alterações cutâneas evidentes. A reativação pode ser desencadeada por estresse físico ou emocional, radiação ultravioleta (UV), febre ou imunossupressão.^[13] O herpes genital é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns, surgindo em até 20% dos adultos sexualmente ativos nos EUA; geralmente causado por HSV-2. A infecção herpética genital por HSV-1 se apresenta em uma idade mais precoce que a infecção por HSV-2.^[14]

- Orf, ou ectima contagioso, é uma doença causada pelo vírus de ácido desoxirribonucleico (DNA) parapox. O vírus geralmente infecta ovelhas e cabras. Os seres humanos são infectados após o contato com lesões em animais ou com fômites contaminados. Ela é comumente conhecida como uma doença profissional de pastores, fazendeiros e veterinários. O vírus tem um período de incubação inferior a 4 semanas e a infecção remite em até 6 semanas após o início.^[15]

Fungos:

- Foliculite: a foliculite por *Pityrosporum* é uma infecção folicular causada pelo *Malassezia furfur*, que cresce em um ambiente sebáceo.^[7] Relata-se que ela ocorre em indivíduos imunossuprimidos. Outros fatores predisponentes incluem diabetes mellitus, imunossupressão como resultado de transplante cardíaco e o uso de antibióticos de amplo espectro.^[16]
- Infecção por *Candida* e candidíase disseminada: a candidíase disseminada é definida como uma infecção por *Candida* em órgãos-alvo estéreis, com ou sem resultados positivos na hemocultura.^[17] A candidíase invasiva é um problema de relevância crescente no ambiente hospitalar, particularmente nas unidades de tratamento intensivo (UTIs). A invasão por *Candida* pode ocorrer das seguintes formas: 1) uma rachadura na pele ou na mucosa, que é colonizada e/ou 2) por meio da parede gastrointestinal, onde os organismos passam diretamente para a corrente sanguínea.^[18] Os fatores de risco associados à candidíase incluem colonização, tratamento com antibióticos de amplo espectro, cateter venoso central, nutrição parenteral, cirurgia gastrointestinal ou cardíaca, permanência hospitalar prolongada, permanência na UTI, queimaduras, nascimento prematuro e imunossupressão (causada por neutropenia, tratamento com corticosteroides, infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV] e diabetes mellitus).^[17]
- A candidíase cutânea congênita se apresenta no nascimento ou nas primeiras horas de vida; ela pode ocorrer em lactentes com peso extremamente baixo ao nascer (menos de 1000 g).^[19] [\[Fig-4\]](#)
- Dermatofitose: como os dermatófitos precisam de queratina para crescer, eles estão restritos ao cabelo, às unhas e à pele superficial.

[\[Fig-5\]](#)

[\[Fig-6\]](#)

[\[Fig-7\]](#)

Portanto, esses fungos não infectam superfícies mucosas. Dermatofitoses são denominadas infecções por "tinha". Elas também recebem denominação de acordo com o local do corpo envolvido.^[20] Na tinha dos pés, as fissuras permitem que estreptococos colonizem os espaços entre os pododáctilos. Os aspectos clínicos de pé de atleta sintomático são causados pela interação entre fungos e bactérias.^[20]

[\[Fig-8\]](#)

A tinta dos pés bolhosa pode ocorrer nas solas dos pés e se apresenta com vesículas, pústulas e, às vezes, bolhas.[\[20\]](#) O quadro clínico depende do local anatômico e dos agentes etiológicos.

Parasitas:

- A escabiose infantil é causada pela infestação de Sarcoptes scabiei.[\[21\]](#)
[\[Fig-9\]](#)

A escabiose em lactentes e crianças pequenas é diferente da infecção em adultos. A escabiose raramente afeta a pele acima do pescoço em adultos. Em lactentes e em crianças, a escabiose pode afetar o corpo inteiro, incluindo as palmas das mãos, as solas dos pés, a cabeça e o couro cabeludo.

Doenças inflamatórias e mediadas imunologicamente

Esse grupo de erupções cutâneas pode ocorrer em doenças inflamatórias hereditárias ou adquiridas. As doenças desse grupo variam em termos de apresentação da erupção cutânea.

Acne vulgar:

- Doença multifatorial que afeta a unidade pilossebácea. Em um estudo, a frequência de acne facial foi de 74.6% em pacientes com idade entre 17 e 28 anos de idade.[\[22\]](#) A interação de 4 fatores patogênicos principais acarreta seu desenvolvimento. Esses fatores são 1) a produção de sebo por estimulação androgênica das glândulas sebáceas, 2) hiperqueratinização anormal dos folículos, causando obstrução folicular e formação de comedão, 3) colonização da unidade pilossebácea pela bactéria Gram-positiva *Propionibacterium acnes* e 4) estimulação de uma cascata inflamatória e a liberação de mediadores inflamatórios por *P acnes* para o interior do folículo e para a derme adjacente.[\[23\]](#)
[\[Fig-10\]](#)
- Hiperplasia adrenal congênita, síndrome do ovário policístico e outras endocrinopatias com excesso de androgênios podem desencadear o desenvolvimento de acne vulgar.[\[23\]](#)
- Medicamentos que podem promover acne incluem corticosteroides, lítio, alguns antiepilepticos e iodoetos.[\[24\]](#)

Foliculite eosinofílica:

- Um termo histopatológico descritivo aplicado a um grupo heterogêneo de distúrbios não infecciosos. Os aspectos histopatológicos característicos são espongiosis eosinofílica e pustulose envolvendo a região infundibular do folículo piloso que ocorrem como resultado de um processo autoimune direcionado contra os sebócitos ou contra algum componente do sebo.
- Pode estar associada às seguintes doenças: doença de Ofuji, frequentemente observada em homens japoneses; pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e outras doenças de imunossupressão; e em lactentes, geralmente nas primeiras 24 horas de vida.[\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#)

Doença de Behçet:

- Doença multissistêmica crônica recidivante de etiologia desconhecida.
- A prevalência na América do Norte e na Europa é de 1 caso por 15,000-500,000 indivíduos. [\[28\]](#)
- Caracterizada por estomatite aftosa recorrente, ulcerações genitais e doença ocular, além de manifestações mucocutâneas, articulares, neurológicas, urogenitais, vasculares, intestinais e pulmonares.[\[29\]](#)

[Fig-11]

Pseudofoliculite da barba (também conhecida como pili incarnati, foliculite traumática da barba e sicose da barba):

- Doença dermatológica comum afetando homens e mulheres de origem negra e hispânica que possuem cabelo bem crespo.
- As taxas de prevalência variam entre 45% e 83%.[\[30\]](#) [\[31\]](#)
- Não é uma foliculite verdadeira, pois não existe um organismo patogênico envolvido em sua etiologia. Em vez disso, a base de sua etiologia é uma reação inflamatória a uma haste capilar e o formato, a direção e a natureza de seu crescimento provoca uma resposta inflamatória. Após o barbear, a borda afiada da haste capilar atravessa a parede do folículo piloso ou penetra na epiderme. O mesmo mecanismo ocorre em certas áreas com pelos (couro cabeludo, axilas, púbis e pernas) em indivíduos predispostos que se barbeiam ou se depilam com pinças ou cera.[\[32\]](#) Acredita-se que pústulas e lesões pápulo-pustulosas sejam secundárias à infecção por *Staphylococcus epidermidis*.[\[32\]](#)

Dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson):

- Doença inflamatória cutânea benigna de etiologia desconhecida. Está associada a várias doenças sistêmicas, incluindo imunoglobulinopatias e distúrbios linfoproliferativos.[\[33\]](#)
- No pênfigo por imunoglobulina A (IgA) tipo dermatose pustular subcorneana, o alvo desses autoanticorpos IgA é a desmocolina 1. A doença é caracterizada por pústulas neutrofílicas intraepidérmicas e pela deposição intracelular de IgA e é semelhante ao pênfigo por IgA.

Acropustulose infantil (AI):

- Doença que afeta crianças pequenas caracterizada por episódios recorrentes de vesículas e pústulas pruriginosas em uma distribuição acral.
- Ela começa na primeira infância e remite em torno dos 2 a 3 anos de idade. A maioria dos casos ocorre após infestação por escabiose. Um estudo mostrou coexistência de dermatite atópica em mais de 50% dos casos de AI.[\[34\]](#) [\[35\]](#)

Eritema tóxico neonatal:

- Manifestação cutânea autolimitada aguda que se desenvolve em 50% a 70% de todos os neonatos saudáveis, particularmente nos nascidos a termo. Ela surge logo após o nascimento e desaparece espontaneamente em algumas semanas, sem deixar sequelas.
- Sua etiologia é não infecciosa e foi atribuída a fatores hematológicos, tóxicos e alérgicos, mas ainda está por ser determinada.[\[36\]](#) [\[37\]](#)

Picadas da formiga de fogo:

- A espécie predominante é a *Solenopsis invicta*. A formiga geralmente faz seu ninho em montes formados no solo.
- [Fig-12]
- As picadas ocorrem quando a formiga ataca a pele com suas mandíbulas, arqueia seu corpo e injeta 0.04 a 0.11 microlitro de veneno através de um ferrão localizado no abdome distal.
- O veneno da formiga de fogo é peculiar entre os venenos dos insetos venenosos por conter apenas 1% de proteína. As proteínas dos venenos são responsáveis pelas respostas imunológicas do hospedeiro ao veneno, incluindo a produção de imunoglobulina E (IgE) específico do veneno. O componente não proteico contém alcaloides alifáticos substituídos que são citotóxicos. Esses

compostos causam o dano epitelial que acarreta a pústula estéril. O veneno da formiga de fogo também contém a enzima hialuronidase, que pode ativar os sistemas complemento, de coagulação ou cinina em algumas pessoas.[38]

Pustulose cefálica neonatal:

- Os critérios de diagnóstico dessa dermatose não estão estabelecidos. A função causadora da *Malassezia* nessa dermatose neonatal comum não é clara.[39]
- A pustulose cefálica benigna é diferenciada da acne infantil pela falta de lesões comedônicas e pelo início mais precoce.[40]

Miliária rubra ou brotoeja:

- Apresenta-se em lactentes superaquecidos e febris.[40] Ela afeta até 40% dos lactentes e geralmente surge durante o primeiro mês de vida.[41] Ela também se apresenta, raramente, em adultos.[42] [Fig-13]
- A oclusão intraepidérmica mais profunda dos ductos écrinos causa leve inflamação, produzindo o eritema associado à miliária rubra.[40]

Rosácea:

- Dermatose crônica caracterizada por rubor facial, eritema, telangiectasia, episódios inflamatórios com pápulas e pústulas e, em casos graves, rinoftima. [Fig-14]
- Manifesta-se mais comumente em pacientes entre 30 e 60 anos de idade. A rosácea afeta 14 milhões de pessoas nos EUA.[43]
- Quatro diferentes subtipos (rosácea eritêmato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, fimatosa e ocular) descrevem os padrões de sinais mais comuns.[44]
- Os sintomas são exacerbados por fatores que desencadeiam respostas imunes inatas, como a liberação do peptídeo antimicrobiano catelicidina. Indivíduos com rosácea expressam de forma anormal altos níveis de catelicidina na pele de seu rosto. As formas proteoliticamente processadas de peptídeos de catelicidina encontradas na rosácea são diferentes das presentes em indivíduos que não apresentam rosácea. Esses peptídeos de catelicidinas são resultantes de uma anormalidade do processamento pós-traducional associada a um aumento na enzima trópica do estrato córneo na epiderme.[45]

Artrite reativa:

- Doença genética que pode estar relacionada ao antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27). Além disso, existe agregação familiar com outras espondiloartropatias soronegativas. Ela é resultante de uma resposta imune e geralmente decorre de uma infecção do trato gastrointestinal ou urinário. [Fig-15]
- Os organismos entéricos associados incluem *Shigella flexneri* (tipos 2a e 1b), *Salmonella typhimurium*, *Salmonella paratyphi*, *Salmonella cholerae*, *Salmonella suis*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella heidelberg*, *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Campylobacter fetus*, *Campylobacter jejuni* e *Clostridium difficile*.[46]
- Os organismos urogenitais associados incluem *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia trachomatis* (D-K) e *Neisseria gonorrhoeae*.[46]

Acrodermatite contínua de Hallopeau (ACH):

- Distúrbio cutâneo crônico caracterizado por erupções pustulares recorrentes e estéreis dos dedos das mãos e dos pés com envolvimento marcante dos leitos ungueais. A ACH pode ser precipitada por trauma ou infecção.
- Ela começa tipicamente em 1 dedo, mas outros dedos podem ser envolvidos durante a evolução crônica da doença. As pustulações intermitentes podem causar atrofia, onicodistrofia e até mesmo osteólise. Além disso, as lesões podem ser muito dolorosas e incapacitantes.
- O patomecanismo dessa rara doença ainda é desconhecido, mas a maioria dos autores considera que ela seja uma variação de psoríase pustular em vez de uma entidade separada.[47]

Dermatite perioral:

- Erupção facial crônica caracterizada por pápulas avermelhadas, papulovesículas e papulopústulas agrupadas em uma área eritematosa em torno da boca.
- Dois por cento dos pacientes apresentam dermatite perioral, com envolvimento apenas esporádico de pacientes do sexo masculino.[48]
- Embora a localização perioral seja a mais comum, também podem ser afetadas áreas perioculares, sulcos nasolabiais e a glabella.
- A dermatite perioral geralmente ocorre em crianças e mulheres entre 20 e 45 anos de idade.
- A etiologia ainda é desconhecida, embora muitos fatores tenham sido propostos, como alergia de contato, fatores hormonais, cosméticos, corticosteroides tópicos ou sistêmicos, gravidez, má absorção, agentes infecciosos (por exemplo, espécies de *Candida*, *Demodex*, *Fusobacterium*), distúrbios da barreira cutânea ou atopia.[49]
- Agentes infecciosos também estão implicados na patogênese, uma proliferação da flora cutânea (por exemplo, bactérias fusiformes), possivelmente sustentados pelo uso excessivo de produtos cosméticos.

Pustulose amicrobiana das dobras:

- Doença recidivante caracterizada por lesões pustulares, envolvendo predominantemente as dobras da pele e o couro cabeludo.
- Essa síndrome ocorre tipicamente em associação a uma doença autoimune ou do tecido conjuntivo, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de sobreposição na esclerodermia, lúpus eritematoso discoide, síndrome seca, doença celíaca, trombocitopenia idiopática ou miastenia gravis.[50]
- Foi relatada erupção cutânea semelhante à pustulose amicrobiana em um paciente com doença de Crohn em terapia por bloqueador do antifator de necrose tumoral alfa (anti-TNF-alfa).[51]

Relacionada ao uso de medicamentos

Erupções cutâneas por medicamentos e os medicamentos envolvidos na origem das erupções cutâneas pustulares incluem os seguintes:

- Inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) (como cetuximabe, erlotinibe e gefitinibe) são usados para tratar câncer colorretal e câncer pulmonar de células não pequenas refratários à quimioterapia.[52] Eles podem causar uma erupção cutânea folicular estéril e pustular, que pode ser um marcador visível de eficácia terapêutica.[52] [53] O início da erupção cutânea ocorre entre a 1^a e a 3^a semana de tratamento, atingindo a intensidade máxima entre a 3^a e a 5^a semana e desaparecendo 4 semanas depois da supressão do tratamento. Não tem sido observada relação

entre a erupção cutânea e a duração do tratamento.^[52] A erupção cutânea é observada em 60% a 80% dos pacientes tratados.^[52]

- A pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA) tem uma etiologia variada, embora o mecanismo de ação ainda seja desconhecido; frequentemente, medicamentos e infecções virais estão implicados no desenvolvimento de PEGA. Os antibacterianos constituem a principal classe de medicamentos,^[54] juntamente com outros medicamentos, como anticonvulsivantes e anti-inflamatórios.^[55]
- A erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS) se apresenta com a tríade de febre, dermatite e envolvimento de órgãos internos. Ela surge de 3 a 8 semanas após o início do primeiro tratamento com o medicamento responsável e pode envolver a reativação do herpes-vírus humano 6.^[56] Anticonvulsivantes aromáticos (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina) e sulfonamidas são as causas mais comuns da síndrome de DRESS. Outros medicamentos, incluindo lamotrigina, allopurinol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), captopril, bloqueadores de canal de cálcio, mexiletina, fluoxetina, dapsona, terbinafina, metronidazol, minociclina e medicamentos antirretrovirais, também têm sido associados à síndrome.^[56] A fisiopatologia da síndrome de DRESS não é completamente conhecida, mas pode estar vinculada a uma incapacidade geneticamente determinada em desintoxicar metabólitos reativos de medicamentos.^[56] A recuperação total é usual, mas os sintomas podem evoluir por várias semanas, particularmente hepatite, erupção e eosinofilia.^[56] A síndrome típica é diagnosticada se os seguintes critérios para síndrome de DRESS forem satisfeitos: erupção generalizada induzida por medicamento, envolvimento sistêmico associado (linfonodos ou vísceras) e presença de eosinofilia (contagem de eosinófilos de 1500/microlitro ou maior e/ou linfócitos atípicos em circulação).^[57]
- A erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides ou a acne induzida por corticosteroides é caracterizada pelo desenvolvimento de dermatite semelhante à rosácea do rosto (particularmente as regiões central, perioral e periocular) em pacientes que foram tratados por períodos relativamente longos com corticosteroides tópicos (particularmente corticosteroides fluorinados). A duração média do tratamento com corticosteroides necessária à produção desse efeito adverso é de 2 meses.^[58] A acne por corticosteroide também pode ocorrer após a aplicação de corticosteroides sistêmicos.

Idiopática

Psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch):

- Essa é uma variante de psoríase e geralmente ocorre em pacientes com psoríase clássica com uma erupção súbita (em poucas horas) de pústulas estéreis generalizadas. Impetigo herpetiforme é a psoríase pustular generalizada durante a gestação. Pode apresentar recorrência em gestações subsequentes.
- Os pacientes, geralmente, têm história familiar de psoríase e/ou história de administração de medicamentos.
- Sua etiologia é desconhecida, mas observa-se que geralmente é causada por 1 ou 2 fatores desencadeantes, incluindo infecções, como infecção do trato respiratório superior, medicamentos (como supressão de corticosteroides, alcatrão de hulha, iodeto e minociclina), gravidez, hipocalcemia e hipoparatiroidismo.^{[59] [60] [61]}
- Uma incidência elevada de HLA-Cw1 e HLA-DQB1*0303 também foi encontrada entre pacientes com psoríase pustular.^{[59] [62]}

Pioderma gangrenoso (PG):

- Doença ulcerativa da pele que pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em adultos jovens e de meia-idade. Ela afeta mulheres com maior frequência que homens.
- A causa é desconhecida. Em aproximadamente 50% dos pacientes, o distúrbio está associado a uma doença subjacente, por exemplo, artrite reumatoide, doença inflamatória intestinal, malignidades hematológicas e linforreticulares ou doenças imunossupressoras.[\[63\]](#)
- Existe uma forma atípica de pioderma gangrenoso que é mais superficial. Ela frequentemente está associada à leucemia aguda e a outras doenças mieloproliferativas. As lesões do pioderma gangrenoso atípico podem se assemelhar às da síndrome de Sweet, clínica e histopatologicamente, mas em geral formarão úlceras e desaparecerão, deixando cicatrizes.[\[64\]](#)

Melanose pustular neonatal transitória:

- Doença benigna não infecciosa observada mais comumente em pessoas negras; ocorre predominantemente na testa, nas costas, na parte posterior do pescoço e nas canelas.[\[37\]](#) [\[40\]](#) [\[65\]](#)
- As pústulas vesiculosas frágeis são predominantemente preenchidas com neutrófilos.

Pustulose palmoplantar (PPP):

- Caracterizada por pústulas estéreis localizadas na parte inferior do estrato córneo e por pele eritematosa e escamosa restrita às palmas das mãos e solas dos pés. Possui alguns aspectos comuns a outras formas pustulares de psoríase e é frequentemente classificada como uma forma localizada de psoríase pustular.
- Entretanto, a relação entre PPP e psoríase é controversa. Até 24% dos pacientes de PPP têm psoríase, prevalência muito mais elevada que a prevalência de psoríase normal na população.
- O início geralmente ocorre entre os 30 e 50 anos de idade; é mais comum em mulheres e está fortemente associada ao tabagismo. A doença é persistente e dolorosa, acarretando um comprometimento funcional considerável.[\[66\]](#)

Dermatose pustular erosiva:

- Doença inflamatória cutânea rara com causa desconhecida.
- Se apresenta com pústulas estéreis crônicas, erosões e lesões em crosta. Geralmente limitadas ao couro cabeludo que tem danos actínicos, resultando em alopecia cicatricial. Ela pode mimetizar uma infecção bacteriana, que geralmente é uma ocorrência secundária.[\[67\]](#)

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Psoríase pustular generalizada

A psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch) é uma variante de psoríase que pode apresentar risco de vida e é caracterizada pela erupção súbita (em poucas horas) de pústulas estéreis generalizadas em uma base avermelhada. O tratamento inclui acitretina, ciclosporina e metotrexato e deve ser iniciado de imediato sob a orientação de um especialista.[\[68\]](#)

Impetigo herpetiforme é uma psoríase pustular generalizada que ocorre durante a gestação; a doença está associada ao aumento da morbidade e mortalidade fetais, havendo aumento do risco de recorrência nas gestações subsequentes.[\[60\]](#) O tratamento é feito com esteroides sistêmicos. A doença remite após o parto, mas pode haver recorrência em futuras gestações.[\[68\]](#)

Erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos

A taxa de mortalidade é de aproximadamente 10%, principalmente em decorrência de dano hepático, supostamente mediado pela infiltração de eosinófilos.[\[56\]](#) Corticosteroides são administrados para sintomas graves.[\[69\]](#)

Reação pustular inflamatória na doença de Behçet

O comprometimento oftalmico pode acarretar cegueira.[\[32\]](#) [\[65\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#) [\[72\]](#) O tratamento administrado por especialistas inclui colchicina por via oral, dapsona por via oral, talidomida por via oral, metotrexato, prednisona (prednisolona), azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina e inibidores do fator de necrose tumoral alfa.[\[69\]](#)

[Fig-11]

Vírus do herpes simples (HSV)

Pode ocorrer doença disseminada em pacientes imunocomprometidos e neonatos, com envolvimento sistêmico. A maioria das infecções neonatais é causada pelo HSV-1. A viremia associada à doença por HSV disseminada acarreta a disseminação do vírus para múltiplos órgãos.[\[14\]](#) O tratamento é feito com aciclovir. O foscarnete é indicado em HSV resistente ao aciclovir.[\[69\]](#)

Infecção por Candida e candidíase disseminada

A dermatite fúngica invasiva é uma forma de infecção fúngica cutânea grave, frequentemente fatal, observada em lactentes com peso muito baixo ao nascer e é caracterizada pela invasão de fungos abaixo do estrato córneo.[\[10\]](#)

[Fig-4]

É atribuída uma mortalidade de 40% a 50% para candidíase invasiva.[\[19\]](#) Ela é mais comum em lactentes muito prematuros, principalmente os que nasceram por parto normal ou que receberam terapia por glicocorticoide em longo prazo, e é geralmente observada nas primeiras 2 semanas de vida. Outros fatores de risco para candidíase invasiva incluem o uso em longo prazo de antibióticos de amplo espectro, corticosteroides pós-parto, nutrição parenteral, lipídios intravenosos, cateteres de demora, enterocolite

necrosante e cirurgia abdominal. Infecções cutâneas recalcitrantes ou recorrentes por *Candida* podem ser indicadores precoces de imunodeficiência congênita ou adquirida.[\[10\]](#)

Em infecções fúngicas invasivas, o tratamento antifúngico precoce é fundamental para reduzir a morbidade e mortalidade.[\[73\]](#) As opções de antifúngicos incluem anfotericina B, itraconazol, fluconazol, voriconazol e caspofungina.[\[69\]](#)

Sinais de alarme

- Vírus do herpes simples
- Sífilis secundária
- Infecção por *Candida* e candidíase disseminada
- Doença de Behçet
- Erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS)
- Psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch)

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A história clínica e o exame físico constituem a base para a determinação do grupo etiológico ao qual a erupção cutânea pustular pertence. Exames diagnósticos também podem ajudar a diferenciar os numerosos casos de erupções cutâneas pustulares. Por exemplo, uma cultura bacteriana, viral ou fúngica positiva apontaria para uma etiologia infecciosa. Eosinófilos presentes em uma biópsia de pele podem indicar reação ao medicamento.

História

A anamnese ajuda a diferenciar as várias etiologias que causam erupções pustulares. Os componentes importantes da anamnese incluem:

- O momento do início e a duração da erupção cutânea
 - Deve haver suspeita de escabiose infantil em lactentes ou crianças com prurido generalizado de início recente.
[Fig-9]
 - Em picadas da formiga de fogo, o indivíduo que sofreu a picada apresenta imediatamente uma combinação de queimação intensa (daí o termo "formiga de fogo") e prurido no local da picada. Desenvolve-se uma pústula localizada em até 20 minutos, no local da picada, seguida por lesão necrótica, denominada pústula estéril, que dura vários dias[38]
[Fig-12]
 - Pode ocorrer pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA) como uma erupção súbita logo a seguir ou em até 1 a 2 semanas após a exposição a certos medicamentos; erupção cutânea durando de 6 a 31 dias, seguida de descamação.[74] [75]
 - Ocorre erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS) em até 8 semanas após o início da terapia, que pode incluir carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, zonisamida, mexiletina, dapsona, sulfassalazina e allopurinol, sulfonamidas, allopurinol, sais de ouro, dapsona e minociclina.[56]
 - Semanas ou meses após o início da corticoterapia, pode ocorrer erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides/acne por corticosteroides após a administração de corticosteroides tópicos ou sistêmicos.[76]
 - Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), ocorre uma erupção súbita (em poucas horas) de pústulas estéreis generalizadas.
 - Na sífilis, as lesões de estágio secundário geralmente aparecem de 4 a 10 semanas após o surgimento inicial das lesões primárias.[77]
[Fig-3]
 - O eritema tóxico neonatal surge logo após o nascimento e desaparece espontaneamente em algumas semanas, sem deixar sequelas.[36]
 - A pustulose cefálica neonatal (acne neonatal) pode estar presente no nascimento, mas aparece mais frequentemente em 2 a 3 semanas de vida e remite espontaneamente.
 - A candidíase congênita é adquirida no período intrauterino e se apresenta no nascimento ou nos primeiros dias de vida. Na candidíase neonatal, há desenvolvimento de infecção mucocutânea por *Candida* após os primeiros dias de vida, adquirida durante ou após o parto.[78]
[Fig-4]

- Na pustulose amicrobiana das dobras, as lesões pustulares reincidentes frequentemente apresentam uma evolução crônica com recidivas recalcitrantes. Geralmente, não há relação entre a evolução das lesões cutâneas e a atividade do distúrbio autoimune associado.[50] [79]
- Sintomas associados
 - Na infecção primária, o vírus do herpes simples tipo 1 (HSV-1) causa principalmente gengivoestomatite (a infecção oral por HSV-2 também é incomum).[14] Dor é um sintoma típico.
 - Na sífilis secundária, os pacientes apresentam uma variedade de sintomas, como mal-estar, faringite, cefaleia, perda de peso, febre baixa, prurido e dores musculares, em associação com manifestações dermatológicas.[77] As lesões são indolores.
- Para o caso de quaisquer novos medicamentos ou tratamentos em torno da ocasião em que a erupção cutânea começou, é necessária uma cuidadosa história médica, uma vez que certos medicamentos podem promover acne
 - A incidência de foliculite por Pityrosporum pode estar associada ao tratamento imunossupressor ou à quimioterapia.[80]
 - Erupções cutâneas pustulares por medicamentos decorrentes de inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR; cetuximabe, erlotinibe, gefitinibe) podem aparecer de 1 a 3 semanas após o início do tratamento com inibidores de EGFR para câncer colorretal ou câncer pulmonar de células não pequenas.[52]
 - Pode ocorrer PEGA, frequentemente em pacientes do sexo feminino, após exposição a agentes antimicrobianos (geralmente aminopenicilinas e macrolídeos), diltiazem, sulfonamidas, terbinafina, quinolonas, paracetamol, compostos de progesterona ou mercúrio.[74] [75]
 - Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), pode haver uma história de administração de medicamentos com alcatrão de hulha, iodetos e minociclina ou supressão de corticosteroide.[59]
 - Na infecção por Candida e na candidíase disseminada, os fatores de risco incluem tratamento com antibióticos de amplo espectro, cateter venoso central, nutrição parenteral, cirurgia gastrointestinal ou cardíaca, permanência hospitalar prolongada, permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), queimaduras e nascimento prematuro.

[Fig-4]
- Na dermatite perioral, a hiper-hidratação da pele causada pelo uso frequente de emolientes hidratantes oclusivos acarreta irritação e deficiência da função da barreira cutânea; o abuso de corticosteroídes tópicos pode constituir outro fator desencadeante, em alguns casos.[81]
- A DRESS começa 8 semanas após o início da terapia.[56] A história de medicamentos pode incluir carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, zonisamida, mexiletina, dapsona, sulfassalazina e allopurinol, sulfonamidas, allopurinol, sais de ouro e minociclina.
- Resposta a medicamentos prévios
 - A ocorrência de foliculite por bactérias Gram-negativas deve ser considerada em pacientes com acne sem melhora significativa das lesões de acne após 3 a 6 meses de tratamento com tetraciclínas por via oral.[8]
 - A foliculite é uma rara manifestação de infecção pelo herpes-vírus[82] e deve ser considerada em pacientes com foliculite refratária a tratamento com antibióticos ou antifúngicos.
- História de qualquer doença, principalmente as que podem ter relação com o início da erupção cutânea

- A psoríase por estar associada à psoríase pustular.
- A doença inflamatória intestinal pode estar associada ao pioderma gangrenoso.
- A imunossupressão pode estar associada à foliculite eosinofílica (síndrome/doença de Ofuji), foliculite causada por herpesvírus, candidíase e candidíase disseminada.[\[83\]](#)
- Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), pode haver história de impetigo herpetiforme em gestação anterior; história de infecções por fatores desencadeantes (por exemplo, infecção do trato respiratório superior [ITRS]), gravidez, hipocalcemia e hipoparatiroidismo.[\[59\]](#)
- Na pustulose palmoplantar (PPP), infecções focais, como a infecção dentária ou amigdalite, constituem um conhecido fator de exacerbação de PPP.[\[84\]](#)
- A pustulose amicrobiana das dobras ocorre tipicamente em associação a uma doença autoimune ou do tecido conjuntivo, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de sobreposição na esclerodermia, lúpus eritematoso discoide, síndrome seca, doença celíaca, trombocitopenia idiopática ou miastenia gravis.[\[50\]](#) [\[79\]](#)
- Quaisquer outros achados sistêmicos associados ou alterações constitucionais associadas no início ou antes da erupção cutânea
 - Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), as pústulas geralmente ocorrem em ondas com episódios recorrentes de febre, artralgias e mialgias.[\[59\]](#)
 - A doença de Behçet é caracterizada por aftas orais e, pelo menos, 2 dos seguintes fatores: 1) aftas genitais, 2) sinovite, 3) uveíte posterior, 4) vasculite pustular cutânea, 5) meningoencefalite, 6) úlceras genitais recorrentes, 7) uveíte na ausência de doença inflamatória intestinal ou doença vascular do colágeno.[\[29\]](#)
[\[Fig-11\]](#)
 - A manifestação clássica de artrite reativa inclui a tríade de conjuntivite, uretrite e artrite em pacientes jovens do sexo masculino após infecção urogenital ou gastrointestinal; pacientes com artrite reativa também manifestam sintomas mucocutâneos: ceratodermia blenorragica, balanite circinada, vulvite ulcerativa, alterações nas unhas e lesões orais.[\[46\]](#)
[\[Fig-15\]](#)
 - Na acne vulgar, a ocorrência de menstruação irregular, aumento de peso, diabetes e/ou hirsutismo pode apontar para excesso de androgênio, causando lesões de acne; distúrbios hormonais, como hiperplasia adrenal congênita, síndrome do ovário policístico (SOPC) e outras endocrinopatias com excesso de androgênio, podem desencadear o desenvolvimento de acne vulgar.[\[24\]](#)
[\[Fig-10\]](#)
- História pregressa dessa doença
 - No vírus do herpes simples, a reativação do vírus pode ser espontânea ou desencadeada por fatores como febre, exposição à luz ultravioleta (UV), resfriado comum, estresse emocional, fadiga, trauma.
 - Dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson), foliculite eosinofílica (síndrome/doença de Ofuji), acropustulose infantil (AI), acrodermatite contínua, PPP, doença de Behçet e pustulose amicrobiana das dobras são doenças recorrentes.
- Membros da família com sinais e sintomas similares ou qualquer contato com doente

- Na escabiose infantil, deve ser pesquisada história de prurido em outros membros da família, o que pode ajudar no diagnóstico.[21]
[Fig-9]
- Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), pode haver história familiar de psoríase.
- História ocupacional (por exemplo, contato com animais ou fômites)
 - Em casos de tinea da barba, trabalhadores agrícolas são geralmente mais afetados, pois a causa usual é um organismo zoofílico.[20]
[Fig-7]
 - No orf, pode haver história de contato com lesões em animais (geralmente ovelhas e cabras) ou com fômites contaminados.[15]
- Exposição ambiental
 - História de exposição a água contaminada em banheiras de hidromassagem, piscinas, saunas e piscinas de hidroterapia que não são suficientemente cloradas pode sugerir foliculite causada por Pseudomonas.[5]
 - A foliculite por *Pityrosporum* é mais prevalente em climas quentes e úmidos.[80]
 - A miliária rubra (brotoeja) se apresenta em lactentes superaquecidos e febris[40] e menos comumente em adultos.[42]
[Fig-13]

Exame físico clínico

Um exame clínico completo também é essencial para a descoberta da etiologia da erupção cutânea pustular. Considerações importantes para o exame físico incluem:

- Tamanho
 - A foliculite geralmente apresenta múltiplas pápulas e pústulas pequenas em uma base eritematosa.
[Fig-2]
 - Na foliculite por Pseudomonas, pápulas, vesículas e pústulas foliculares de 2 a 10 mm, que podem ser crostosas, são mais observadas em áreas do corpo que foram imersas em água contaminada.[5]
 - No impetigo bolhoso, as vesículas têm geralmente menos de 3 cm de diâmetro.[2]
[Fig-1]
 - Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), as pústulas têm 2 a 3 mm de diâmetro, geralmente em uma base eritematosa; as pústulas podem se fundir em lagos de pus maiores.
 - Na melanoose pustular neonatal transitória, pústulas vesiculosas superficiais de 2 a 10 mm sem inflamação se apresentam, inicialmente, no nascimento ou logo após.
 - Na sífilis secundária, as lesões são tipicamente castanho-avermelhadas, entre 3 e 10 mm.
[Fig-3]
 - Na escabiose infantil, a escavação patognomônica consiste em um trato branco elevado serpiginoso de 0.3 a 0.5 mm por 10 mm de comprimento.

[Fig-9]

- Na dermatite perioral, as pápulas eritematosas ou lesões pápulo-pustulosas geralmente não são maiores que 2 mm.
- Na milia rubra, pápulas eritematosas em base não folicular e lesões pápulo-pustulosas de 1 a 3 mm surgem em decorrência do calor.

[Fig-13]

- Localização e distribuição

- Impetigo e foliculite causados por *Staphylococcus aureus* ocorrem com maior frequência em áreas de pele traumatizada.
- A foliculite geralmente ocorrerá em um local com pelos.

[Fig-2]

- A tinha da barba envolve a pele e os pelos grossos da barba e da área do bigode.[\[20\]](#)

[Fig-7]

- Na pseudofoliculite da barba, as pápulas e pústulas surgem mais comumente na distribuição da barba; linha anterior do pescoço, áreas mandibulares, bochechas e queixo são os locais mais comuns. Existe uma história de remoção de pelos por raspagem ou pinça na área afetada.[\[32\]](#)
- A tinha da virilha ocorre na área da virilha.

- A tinea corporis apresenta-se no tronco, membros ou rosto.[\[20\]](#)

[Fig-6]

- A tinha do pé se apresenta com maceração fúngica e fissuras das solas dos pés.

[Fig-8]

- Na acrodermatite contínua, a lesão começa tipicamente em 1 dedo, mas outros dedos podem ser envolvidos durante a evolução crônica da doença.

- Erupções cutâneas pustulares por medicamentos secundárias a inibidores do EGFR (cetuximabe, erlotinibe, gefitinibe) normalmente afetam o rosto (nariz, bochechas, sulcos nasolabiais, queixo e testa), áreas da região torácica superior e/ou costas.[\[52\]](#)

- A PEGA se localiza principalmente nas dobras principais (pescoço, axilas, virilha).[\[74\]](#)

- A melanose pustular neonatal transitória ocorre predominantemente na testa, nas costas, na parte posterior do pescoço e nas canelas.[\[40\]](#)

- A PPP é caracterizada por múltiplas pústulas e placas eritematosas nas palmas das mãos e nas solas dos pés.[\[84\]](#)

- Na foliculite por bactérias Gram-negativas, as lesões são limitadas ao rosto e consistem em pequenas pústulas superficiais localizadas na linha nasolabial e no lábio superior e no queixo, associadas a lesões pápulo-pustulosas inflamatórias das bochechas e da região perioral, ou em nódulos dolorosos localizados profundamente nas bochechas.[\[85\]](#)

- Na sífilis secundária, surgem lesões maculares indolores em formato de moeda no flanco, ombros, braços, tórax, costas, mãos e solas dos pés; as lesões normalmente são castanho-avermelhadas, com 3 a 10 mm; variações das erupções cutâneas da sífilis secundária podem incluir pústulas;

[Fig-3]

outras lesões associadas incluem alopecia em placas (aparência de "comido por traça"), lesões genitais (condiloma lata) e erosões superficiais da mucosa (placas na mucosa)[\[10\]](#)

- Na dermatite perioral, embora a localização perioral seja a mais comum, também podem ser afetadas áreas perioculares, sulcos nasolabiais e a glabella.[\[49\]](#)

- A pustulose cefálica neonatal (acne neonatal) é caracterizada por pequenas pápulas eritematosas inflamatórias e por pústulas encontradas nas bochechas, testa e couro cabeludo.[40]
- No pioderma gangrenoso ulcerativo ou típico, o membro inferior é o local mais comumente envolvido.
- Na pustulose amicrobiana das dobras, as lesões predominam nas dobras cutâneas, no couro cabeludo, na área genital e no meato acústico externo.[50]
- A dermatose pustular erosiva ocorre na pele do couro cabeludo actinicamente danificada.
- Padrão das pústulas (por exemplo, as pústulas estão agrupadas, intactas, associadas a eritema adjacente, difusas ou localizadas ou em distribuição dermatoma?)
 - No vírus do herpes simples, as lesões iniciais aparecem como pápulas eritematosas que se transformam em vesículas e pústulas agrupadas, culminando na forma de crostas.[86]
 - Na acne vulgar, as pápulas e pústulas estão associadas a comedões.
[Fig-10]
 - Na escabiose infantil, a erupção clássica da escabiose se apresenta na forma de pápulas pruriginosas, vesículas, pústulas e escavações lineares.
[Fig-9]
 - Na pustulose amicrobiana das dobras, a erupção cutânea consiste em pequenas pústulas estéreis foliculares e não foliculares, que se fundem em placas erosivas.[50]

Outras considerações clínicas são as seguintes:

- O paciente apresenta febre?
 - Pode ocorrer febre na PEGA, na psoríase pustular e na celulite.
- Existem outros achados cutâneos associados?
 - Erosões, ulcerações e tratos sinusais podem ser encontrados no pioderma gangrenoso.
 - Depressão das unhas pode ser observada na psoríase pustular.
- Existem outros sinais sistêmicos?
 - Na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch), pode ocorrer dor nas articulações em pacientes com artrite psoriática relacionada.
 - A doença de Behçet é caracterizada por aftas orais e, pelo menos, 2 dos seguintes fatores: 1) aftas genitais, 2) sinovite, 3) uveíte posterior, 4) vasculite pustular cutânea, 5) meningoencefalite, 6) úlceras genitais recorrentes, 7) uveíte na ausência de doença inflamatória intestinal ou doença vascular do colágeno.[29]
[Fig-11]
 - A manifestação clássica de artrite reativa inclui a tríade de conjuntivite, uretrite e artrite em pacientes jovens do sexo masculino após infecção urogenital ou gastrointestinal; pacientes com artrite reativa também manifestam sintomas mucocutâneos: ceratodermia blenorragica, balanite circinada, vulvite ulcerativa, alterações nas unhas e lesões orais.[46]
[Fig-15]

Testes diagnósticos

- A coloração de Gram é indicada quando houver suspeita de causas bacterianas, fúngicas e algumas causas inflamatórias (por exemplo, eritema tóxico neonatal, pustulose cefálica neonatal [acne neonatal]).
- O perfil metabólico completo e o hemograma completo podem estar anormais caso haja sintomas sistêmicos associados à doença do paciente. Esses exames podem ser necessários antes ou durante o tratamento sistêmico. O hemograma completo pode mostrar alterações consistentes com uma etiologia infecciosa para a erupção cutânea pustular.
- Esfregaços de hidróxido de potássio (KOH) demonstram hifas e esporos na infecção fúngica. Eles são indicados caso haja suspeita de infecção fúngica ou por levedura e fornecem um rápido diagnóstico de uma causa fúngica. Na infecção por Candida e na candidíase disseminada, o ensaio sorológico com 1,3 beta-glicano pode ser feito para confirmação.
- Se houver suspeita de infecção bacteriana, são indicadas culturas da pele para bactérias.
- A cultura da pele para fungos é indicada caso haja suspeita de infecção fúngica ou por levedura, como candidíase disseminada.
- A cultura da pele para vírus pode ser indicada caso haja suspeita de infecção viral, como infecção por herpes em pacientes imunocomprometidos.
- Devem ser feitas biópsia de pele para histologia de rotina e coloração especial, caso o médico esteja tentando obter o diagnóstico diferencial, mas não esteja totalmente certo quanto ao diagnóstico com base na história e no exame clínico do paciente. Colorações especiais podem ajudar a determinar se a erupção cutânea pustular é decorrente de uma causa infecciosa.
- O esfregaço de Tzanck deve ser feito se houver suspeita de vírus do herpes simples, pustulose cefálica neonatal (acne neonatal) ou eritema tóxico neonatal.
- Exames adicionais para confirmação do vírus do herpes simples incluem estudo da imunofluorescência direta e análise de ácido desoxirribonucleico (DNA) por meio de reação em cadeia da polimerase.
- Em casos de acne vulgar, o diagnóstico geralmente é clínico; entretanto, devem ser considerados exames adicionais para avaliar a causa subjacente em pacientes do sexo feminino, incluindo testosterona livre e sulfato de desidroepiandrosterona para avaliação de síndrome do ovário policístico (SOPC) ou tumor produtor de androgênio. O hormônio luteinizante (LH) pode estar elevado na SOPC. O hormônio folículo-estimulante (FSH) pode estar elevado na insuficiência ovariana primária.
- Após a biópsia de pele, os testes adicionais incluem eletroforese de proteínas séricas e imunofluorescência na dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson).
- Teste cutâneo, ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) ou exame radioalergoadsorvente (RAST) confirmará hipersensibilidade à formiga de fogo em suspeita de picadas de formiga de fogo.
- É indicado um perfil metabólico em casos de PEGA e de psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch) para avaliação da ocorrência de hipocalcemia.
- A reintrodução do medicamento suspeito, testes de contato, testes de liberação de gamainterferona ou exames in vitro com o teste do fator de inibição da migração de macrófagos ou o teste de degranulação de mastócitos são testes confirmatórios para PEGA.
- A velocidade de hemossedimentação (VHS) será elevada na psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch).
- O Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e reagina plasmática rápida (RPR) são indicados para testes iniciais caso as características clínicas da sífilis secundária estejam presentes, com confirmação adicional com microscopia de campo escuro: visualização direta do organismo, teste de

absorção do anticorpo treponêmico fluorescente (FTA-ABS), ensaio de micro-hemaglutinação para *Treponema pallidum* ou histologia da biópsia de pele.

- Deve ser feita preparação mineral microscópica para a presença de ácaros, ovos ou fezes de *Sarcoptes scabiei* (cíbalo) caso as características de escabiose infantil estejam presentes.
- Radiografia simples das articulações envolvidas, aspiração da articulação e biópsia de pele são indicadas na artrite reativa.
- Os exames adicionais após o hemograma completo e a biópsia de pele na DRESS devem incluir testes da função hepática, nível de creatinina sérica, urinálise, hormônio estimulante da tireoide (TSH) e radiografia torácica.
- No pioderma gangrenoso ulcerativo ou típico e também na forma atípica de pioderma gangrenoso, deve-se realizar biópsia de pele e culturas, além dos seguintes testes, para avaliar a causa subjacente: perfil de hepatite, eletroforese de soro e/ou de proteínas urinárias, esfregaço de sangue periférico, aspiração da medula óssea para verificação da evidência de neoplasias hematológicas e colonoscopia/radiografia do trato gastrointestinal superior e enema de bário para descartar doença inflamatória intestinal associada, como colite ulcerativa.
- São mostrados a seguir diagnósticos clínicos, sem a necessidade de exames adicionais: dermatite perioral, miliaria rubra (brotoeja), rosácea pustular, erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides/acne por corticosteroides.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Impetigo

Foliculite causada por Pseudomonas

Foliculite causada por *Staphylococcus aureus*

Foliculite por *Pityrosporum*

Vírus do herpes simples

Dermatofitose: tinha da barba

Dermatofitose: tinha da virilha

Dermatofitose: tinha dos pés

Dermatofitose: tinha do corpo

Acne vulgar

Foliculite eosinofílica (síndrome/doença de Ofuji)

Dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson)

Acropustulose infantil (AI)

Picadas da formiga de fogo

Acrodermatite contínua (acrodermatite pustular, acrodermatite contínua supurativa de Hallopeau, dermatite perstans e dermatite repens de Crocker)

Erupção cutânea pustular por medicamentos secundária a inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR)

Pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA)

Psoríase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch)

Melanose pustular neonatal transitória

Pustulose palmoplantar (PPP)

Incomum

Foliculite por bactérias Gram-negativas

Foliculite causada por herpes e outros vírus

Sífilis secundária

Escabiose infantil

Infecção por Candida e candidíase disseminada

Dermatite perioral

Doença de Behçet

Eritema tóxico neonatal

Pseudofoliculite da barba

Pustulosecefálica neonatal (acne neonatal)

Miliária rubra (brotoeja)

Rosácea pustular

Artrite reativa

Erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS)

Erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides/acne por corticosteroides

Pioderma gangrenoso ulcerativo ou típico

Forma atípica de pioderma gangrenoso

Orf

Pustulose amicrobiana das dobras

Dermatose pustular erosiva

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Impetigo

História	Exame	1º exame	Outros exames
crianças; 2 formas: bolhoso e não bolhoso (mais de 70% dos casos são não bolhosos);[2] geralmente começa em uma área traumatisada	começa como uma pápula eritematosa, em seguida se torna uma vesícula uniloculada; quando a vesícula subcorneana se torna pustular, ela se rompe e se transforma em uma crosta amarelo-dourada (característica do processo da doença);[4] afeta áreas expostas, como o rosto e os membros; na forma bolhosa, apresenta vesículas geralmente com diâmetro inferior a 3 cm[2]	» coloração de Gram: neutrófilos com cocos Gram-positivos em cadeias ou em agrupamentos	» cultura: <i>Staphylococcus aureus</i> é mais comumente encontrado, <i>Streptococcus pyogenes</i> ou outros estreptococos beta-hemolíticos do grupo A

◊ Foliculite causada por Pseudomonas

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a água contaminada em banheiras de hidromassagem, piscinas, saunas e piscinas de hidroterapia que não são suficientemente cloradas[5]	múltiplas pápulas e pústulas pequenas em base eritematosa, em qualquer local com pelos, infecção mais profunda causando abscessos dérmicos no centro do folículo; pápulas foliculares, vesículas e pústulas com 2 a 10 mm, podendo ser crostosas, observadas principalmente em áreas do corpo que foram imersas em água contaminada[5]	» coloração de Gram: bastonetes gram-negativos	» cultura bacteriana da pele: espécies de <i>Pseudomonas</i>

Comum

◊ Foliculite causada por *Staphylococcus aureus*

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode começar com trauma na pele, as lesões tipicamente apresentarão resolução espontânea	múltiplas pápulas e pústulas pequenas em base eritematosa, em qualquer local com pelos, com infecção mais profunda causando abscessos dérmicos no centro do folículo; a inflamação se manifesta como vesículas com 1 mm de largura, pústulas ou lesões pápulo-pustulosas em casos agudos, mas a hiperceratose e formações de tampões queratósicos indicam um processo crônico; ^[7] curam sem deixar cicatriz, haste capilar geralmente observada no centro da pústula; lesões simples ou múltiplas podem surgir na pele com pelos, incluindo a cabeça, o pescoço, o tronco, as nádegas e os membros; a foliculite profunda se apresenta com edema e eritema, com ou sem pústulas na superfície da pele e essas lesões são dolorosas e podem deixar cicatriz ^[6]	»coloração de Gram: cocos Gram-positivos	»cultura bacteriana da pele: espécies de <i>S aureus</i> ou <i>Pseudomonas</i> »cultura bacteriana nasal: colonização de <i>S aureus</i>

◊ Foliculite por *Pityrosporum*

História	Exame	1º exame	Outros exames
a incidência pode estar associada ao tratamento imunossupressor ou à quimioterapia; é mais prevalente em climas quentes e úmidos ^[80]	múltiplas pápulas e pústulas pequenas em base eritematosa, em qualquer local com pelos, com infecção mais profunda causando abscessos dérmicos	»solução de hidróxido de potássio (KOH): infecções dermatofíticas mostram hifas; a levedura	»cultura fúngica da pele: infecções dermatofíticas: levedura <i>Pityrosporum</i>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Foliculite por Pityrosporum

História	Exame	1º exame	Outros exames
	no centro do folículo; pápulas e pústulas pequenas e uniformes intensamente pruriginosas no rosto, costas, tórax e ombros[80]	Pityrosporum mostra hifas e esporos	

◊ Vírus do herpes simples

História	Exame	1º exame	Outros exames
a reativação do vírus pode ser espontânea ou desencadeada por fatores como febre, exposição à luz ultravioleta (UV), resfriado comum, estresse emocional, fadiga, trauma; a infecção primária por vírus do herpes simples tipo 1 (HSV-1) causa principalmente gengivostomatite (a infecção oral por HSV-2 também é incomum);[14] dor é um sintoma típico	erupção cutânea vesicular; as lesões iniciais aparecem como pápulas eritematosas que se transformam em vesículas e pústulas agrupadas, culminando na forma de crostas.[86]	» esfregaço de Tzanck: células gigantes multinucleadas, células epiteliais com corpos de inclusão intranucleares eosinofílicos	» estudo de imunofluorescência direta: positiva para HSV » cultura viral da pele: positiva para HSV » análise do ácido desoxirribonucleico (DNA) por reação em cadeia da polimerase: positiva para HSV » biópsia de pele: células epiteliais com corpos de inclusão intranucleares eosinofílicos; vasculite leucocitoclástica e hemorragia

◊ Dermatofitose: tinha da barba

História	Exame	1º exame	Outros exames
envolve a pele e os pelos grossos da barba e da área do bigode; ocorre em homens adultos e mulheres com hirsutismo; uma vez que a causa usual é um organismo zoofílico, os trabalhadores agrícolas são mais	descamação, pústulas foliculares e eritema.[20]	» solução de hidróxido de potássio (KOH): hifas	» cultura fúngica da pele: positiva para dermatófitos específicos » biópsia de pele: ácido periódico de Schiff positivo para hifas

Comum**◊ Dermatofitose: tinha da barba**

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente afetados[20]			

◊ Dermatofitose: tinha da virilha

História	Exame	1º exame	Outros exames
os pacientes frequentemente se queixam de queimação e prurido.[20]	afeta a região proximal medial das coxas e pode se prolongar para as nádegas e abdome; o escroto tende a ser poupadão; estão presentes pústulas e vesículas na borda ativa da área infectada, juntamente com maceração, em uma base de lesões vermelhas em descamação com bordas elevadas[20]	» solução de hidróxido de potássio (KOH) : hifas	» cultura fúngica da pele : positiva para dermatófitos específicos » biópsia de pele : ácido periódico de Schiff positivo para hifas

◊ Dermatofitose: tinha dos pés

História	Exame	1º exame	Outros exames
apresenta-se com maceração fúngica e fissuras	a forma vesiculobolhosa da tinha dos pés é caracterizada pelo desenvolvimento de vesículas, pústulas e, às vezes, bolhas em um padrão inflamatório, geralmente na sola dos pés[20]	» solução de hidróxido de potássio (KOH) : hifas	» cultura fúngica da pele : positiva para dermatófitos específicos » biópsia de pele : ácido periódico de Schiff positivo para hifas

◊ Dermatofitose: tinha do corpo

História	Exame	1º exame	Outros exames
apresenta-se no tronco, membros ou rosto; o prurido é variável[20]	lesões escamosas anulares, simples ou múltiplas, com clareira central, bordas avermelhadas ligeiramente elevadas	» solução de hidróxido de potássio (KOH) : hifas	» cultura fúngica da pele : positiva para dermatófitos específicos » biópsia de pele : ácido periódico de

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Dermatofitose: tinha do corpo

História	Exame	1º exame	Outros exames
	e margens agudas (transição abrupta de pele anormal para normal) no tronco, membros ou rosto; a borda da lesão pode conter pústulas ou pápulas foliculares[20]		Schiff positivo para hifas

◊ Acne vulgar

História	Exame	1º exame	Outros exames
menstruação irregular, aumento de peso, diabetes e/ou hirsutismo podem apontar para excesso de androgênio, causando lesões de acne; distúrbios hormonais, como hiperplasia adrenal congênita, síndrome do ovário policístico (SOPC) e outras endocrinopatias com excesso de androgênio podem desencadear o desenvolvimento de acne vulgar; certos medicamentos podem promover acne (corticosteroides, lítio, alguns antiepilepticos e iodetos)[24]	a acne moderada é caracterizada pela formação de comedão, mas também de um número moderado de pápulas e pústulas, formadas após a ruptura dos comedões e a subsequente proliferação e inflamação por Propionibacterium acnes; a acne moderadamente grave é composta de pápulas, pústulas e comedões mais numerosos, além de algumas lesões nodulares que afetam o rosto, o tórax e as costas; a acne nódulo-cística ou grave apresenta muitas lesões nodulares dolorosas, além de pápulas, pústulas e comedões menores[24]	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	<p>»testosterona livre (pacientes do sexo feminino): pode estar elevada na SOPC; significativamente elevada em tumor produtor de androgênio</p> <p>»sulfato de desidroepiandrosterona (pacientes do sexo feminino): pode estar normal ou ligeiramente elevado na SOPC; significativamente elevado em tumor produtor de androgênio</p> <p>»hormônio luteinizante (LH; pacientes do sexo feminino): pode estar normal ou elevado na SOPC</p> <p>»hormônio folículo-estimulante (FSH; pacientes do sexo feminino): pode estar elevado na insuficiência ovariana primária</p>

◊ Foliculite eosinofílica (síndrome/doença de Ofuji)

História	Exame	1º exame	Outros exames
3 variantes: clássica (observada	múltiplas pápulas e pústulas pequenas em	» histologia da biópsia de pele: a	» Hemograma completo: foliculite

Comum

◊ Foliculite eosinofílica (síndrome/doença de Ofuji)

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente em homens japoneses), associada à imunossupressão (principalmente relacionada ao vírus da imunodeficiência humana [HIV]) e associada à infância; foi classificada como doença que define a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS); em crianças e adultos, deve ser considerada como um possível sinal cutâneo de imunossupressão[7] [26]	uma base eritematosa, em qualquer local com pelos, com infecção mais profunda causando abscessos dérmicos no centro do folículo; forma clássica: agrupamentos anulares crônicos e recorrentes de pápulas e pústulas foliculares estéreis superpostas em placas com clareira central e extensão periférica; os agrupamentos individuais duram de 7 a 10 dias e tendem a apresentar recidiva a cada 3 a 4 semanas; forma associada à imunossupressão: pápulas foliculares eritematosas pruriginosas distintas elevadas[26]	foliculite eosinofílica mostra eosinófilos e linfócitos no interior do folículo piloso	eosinofílica: leucocitose e eosinofilia com imunoglobulina E (IgE) elevada

◊ Dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson)

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupções benignas na forma de pústulas vesiculosa estéreis crônicas recorrentes envolvendo áreas flexurais do tronco e da parte proximal dos membros; história de imunoglobulinopatias e distúrbios linfoproliferativos, por exemplo, mieloma múltiplo imunoglobulina A (IgA); também associadas a linfoma anaplásico de grandes células CD30+, câncer pulmonar de células não	as lesões se fundem em padrões anulares, circinados ou serpiginosos, dando preferência ao tronco a às áreas intertriginosas (axilas, virilha e regiões submamárias);[33] pênfigo por IgA tipo dermatose pustular: a distribuição das lesões subcorneanas pode ser disseminada e elas envolvem o couro cabeludo e o rosto, locais geralmente poupadados	» biópsia de pele: pústula subcorneana preenchida com leucócitos polimorfonucleares (PMNs); a epiderme subjacente geralmente é preservada, demonstrando espongiose ou acantólise mínima	» eletroforese de proteínas séricas: gamopatia monoclonal IgA (do tipo de cadeia leve kappa ou lambda); ocasional gamopatia imunoglobulina G (IgG) » imunofluorescência: imunofluorescência positiva de IgA restrita à epiderme superior no pênfigo por IgA tipo dermatose pustular

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

29

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum**◊ Dermatose pustular subcorneana (doença de Sneddon-Wilkinson)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pequenas, apudoma, artrite reumatoide, hipertireoidismo e infecção por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> [33]	na dermatose pustular subcorneana[33]		

◊ Acropustulose infantil (AI)

História	Exame	1º exame	Outros exames
doença que afeta crianças pequenas caracterizada por episódios recorrentes de vesículas e pústulas pruriginosas em uma distribuição acral; possível história recente de escabiose[35]	pequenas vesículas ou pápulas estéreis acarretam vesículas e pústulas distintas não coalescentes[21] [35]	» Hemograma completo: eosinofilia	» biópsia de pele: pústula subcorneana ou intraepidérmica contendo neutrófilos ou eosinófilos polimorfonucleares (PMNs) Presente no conteúdo da vesícula.[87]

◊ Picadas da formiga de fogo

História	Exame	1º exame	Outros exames
o indivíduo que sofreu a picada apresenta imediatamente uma combinação de queimação intensa (daí o termo "formiga de fogo") e prurido no local da picada.[38]	desenvolve-se uma pústula localizada em até 20 minutos, no local da picada, seguida por lesão necrótica, denominada pústula estéril, que dura vários dias[38]		» teste cutâneo: confirma hipersensibilidade à formiga de fogo » ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): confirma hipersensibilidade à formiga de fogo » RAST: confirma hipersensibilidade à formiga de fogo

Comum

◊ Acrodermatite contínua (acrodermatite pustular, acrodermatite contínua supurativa de Hallopeau, dermatite perstans e dermatite repens de Crocker)

História	Exame	1º exame	Outros exames
começa tipicamente em 1 dedo, mas outros dedos podem ser envolvidos durante a evolução crônica da doença; pustulações intermitentes podem ocasionar atrofia, onicodistrofia e até mesmo osteólise[47]	erupções pustulares recorrentes e estéreis dos dedos e dos artelhos com envolvimento marcante dos leitos ungueais:[47] porções distais dos dedos e, menos frequentemente, dos pododáctilos[88]	» biópsia de pele: acantose, papilomatose e infiltração perivasicular de linfócitos e neutrófilos na derme superior, com migração parcial para a epiderme	

◊ Erupção cutânea pustular por medicamentos secundária a inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de câncer colorretal ou câncer pulmonar de células não pequenas tratados por inibidores do EGFR (cetuximabe, erlotinibe, gefitinibe), com início entre 1 e 3 semanas após o início do tratamento, possivelmente aumentando e diminuindo, pode estar associado a prurido leve	as lesões são semelhantes à acne vulgar, com predominância de pústulas e nenhum comedão associado; lesões eritematosas monomórficas maculopapulares, foliculares ou pustulares; normalmente afeta o rosto (nariz, bochechas, sulcos nasolabiais, queixo, testa), regiões superiores do tórax e/ou das costas[52]	» biópsia de pele: 2 padrões principais: 1) moderado infiltrado celular inflamatório dérmico superficial adjacente ao infundíbulo folicular ectásico e hiperceratótico, particularmente na porção superior do folículo piloso; 2) foliculite supurativa neutrofílica superficial com ruptura associada do revestimento epitelial	

◊ Pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente pacientes do sexo feminino com exposição a agentes antimicrobianos (geralmente	erupção súbita de dezenas a centenas de pequenas pústulas estéreis não foliculares em uma base eritematosa,[74]	» biópsia de pele: pústulas subcorneanas espongiformes, edema da derme papilar, infiltrado perivasicular de neutrófilos	» Hemograma completo: leucocitose, com contagem leucocitária acima de 10,000/microlitro

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Pustulose exantematosas generalizada aguda (PEGA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
aminopenicilinas e macrolídeos), diltiazem, sulfonamidas, terbinafina, quinolonas, paracetamol, compostos de progesteronona, mercúrio; pode ocorrer logo ou 1 a 2 semanas após a exposição; erupção cutânea com duração de 6 a 31 dias seguida de descamação[74] [75]	[75] localizada principalmente nas dobras principais (pescoço, axilas, virilha); geralmente ocorre febre; edema do rosto e lesões inespecíficas, como púrpura, alvos "atípicos", bolhas ou vesículas[74]		<ul style="list-style-type: none"> » estudos das culturas bacterianas: geralmente negativos » perfil metabólico: insuficiência renal transitória, hipocalcemia » reintrodução do medicamento suspeito: positiva » teste de contato: positiva » testes de liberação de gamainterferona: positiva <p>É observado um aumento na liberação de gamainterferona quando os linfócitos do paciente são testados in vitro com o medicamento implicado.[91]</p> <ul style="list-style-type: none"> » teste in vitro: teste do fator de inibição da migração de macrófagos: positiva » teste in vitro: teste de degranulação de mastócitos: positiva

◊ Psoriase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch)

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção súbita (em poucas horas) de pústulas estéreis generalizadas; pode existir história familiar de psoriase e/ou história de administração de medicamentos;	pústulas de 2 a 3 mm de diâmetro, geralmente em uma base eritematosa; as pústulas podem se fundir em lagos de pus maiores; podem evoluir para eritrodermia	» histologia da biópsia de pele: pústulas neutrofílicas espongiformes, paraceratose, cristas interpapilares alongadas e infiltrados mononucleares na derme	<ul style="list-style-type: none"> » perfil metabólico: hipocalcemia » Hemograma completo: linfopenia absoluta com leucocitose polimorfonuclear (PMN)

Comum

◊ Psoriase pustular generalizada (do tipo von Zumbusch)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de impetigo herpetiforme em gestação anterior; história de fatores desencadeantes (infecções [por exemplo, infecção do trato respiratório superior {ITRS}], medicamentos [por exemplo, supressão de corticosteroides], alcatrão de hulha, iodeto e minociclina, gravidez, hipocalcemia e hipoparatiroidismo); as pústulas geralmente surgem em ondas com episódios recorrentes de febre, artralgias e mialgias; tronco, membros, palmas das mãos, solas dos pés e leitos ungueais são comumente envolvidos, com preservação do rosto[59]			»Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado

◊ Melanose pustular neonatal transitória

História	Exame	1º exame	Outros exames
mais comum em pessoas negras; ocorre predominantemente na testa, nas costas, na parte posterior do pescoço e nas canelas; 3 fases clínicas distintas[40]	primeiramente, pústulas vesiculosas de 2 a 10 mm sem inflamação estão presentes no nascimento ou logo após; as lesões geralmente desaparecem na primeira semana e a segunda fase se torna aparente à medida que um colarinho de escamas finas se desenvolve em torno das pústulas vesiculosas que estão desaparecendo; por	»colorações de Gram/Giemsa: neutrófilos sem evidência de bactérias, leveduras ou alterações viropáticas	»cultura: estéril

Comum

◊ Melanose pustular neonatal transitória

História	Exame	1º exame	Outros exames
	último, desenvolvem-se máculas de hiperpigmentação marrom nos locais, que, por fim, desaparecem em algumas semanas ou meses[40]		

◊ Pustulose palmoplantar (PPP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
doença inflamatória recidivante crônica caracterizada por múltiplas pústulas e placas eritematosas nas palmas das mãos e nas solas dos pés; infecção focal, como infecção dentária ou amigdalite, constitui um conhecido fator de exacerbação de PPP.[84]	3 etapas são evidentes durante a exacerbação de PPP: primeiramente, vesículas, depois pústulas vesiculosas e, por fim, pústulas:[84] nas lesões bem do início, aparece eritema e, em seguida, ocorrem vesículas e pústulas em manchas eritematosas	» biópsia de pele: as lesões iniciais de vesículas histologicamente mostram espongiose epidérmica basal em torno da ponta das papilas dérmicas, em seguida as pústulas mostram bolhas subcorneanas e, finalmente, o conteúdo das pústulas consiste em infiltrações de leucócitos polimorfonucleares (PMNs)	

Incomum

◊ Foliculite por bactérias Gram-negativas

História	Exame	1º exame	Outros exames
a ocorrência de foliculite por bactérias Gram-negativas deve ser considerada em pacientes com acne sem melhora significativa das lesões de acne após 3 a 6 meses de tratamento com tetraciclinas por via oral.[8]	lesões limitadas ao rosto consistindo em pequenas pústulas superficiais localizadas na linha nasolabial e no lábio superior e queixo, associadas a lesões pápulo-pustulosas inflamatórias das bochechas e da região perioral, ou em nódulos dolorosos localizados	» cultura da pele: bactérias Gram-negativas (grupo de bastonetes Gram-negativos fermentadores de lactose)	

Incomum**◊ Foliculite por bactérias Gram-negativas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	profundamente nas bochechas. [85]		

◊ Foliculite causada por herpes e outros vírus

História	Exame	1º exame	Outros exames
rara manifestação de infecção pelo herpes-vírus; [82] deve ser considerada em pacientes com foliculite refratária a tratamento com antibióticos ou antifúngicos; o paciente pode estar imunocomprometido [83]	múltiplas pápulas e pústulas pequenas em uma base eritematosa, em qualquer local com pelos, com infecção mais profunda causando abscessos dérmicos no centro do folículo; as lesões surgem na forma de pápulas eritematosas; vesículas ou pústulas são raras [82]	» esfregaço de Tzanck: células gigantes multinucleadas, células epiteliais com corpos de inclusão intranucleares eosinofílicos	» cultura viral da pele: vírus do herpes simples (HSV) ou herpes-zóster

◊ Sífilis secundária

História	Exame	1º exame	Outros exames
as lesões de estágio secundário geralmente aparecem de 4 a 10 semanas após o surgimento inicial das lesões primárias; os pacientes apresentam uma variedade de sintomas, como mal-estar, faringite, cefaleia, perda de peso, febre baixa, prurido e dores musculares, em associação com manifestações dermatológicas. [77]	lesões maculares indolores em formato de moeda no flanco, ombros, braços, tórax, costas, mãos e solas dos pés; as lesões normalmente são castanho-avermelhadas, com 3 a 10 mm; variações das erupções cutâneas da sífilis secundária podem incluir pústulas; outras lesões associadas incluem alopecia em placa (aparência de "comido por traça"), lesões genitais (condiloma lata), erosões superficiais da mucosa (placas na mucosa) [10]	» Venereal Disease Research Laboratory (VDRL): anticorpos antilipoidais » reagina plasmática rápida (RPR): anticorpos antilipoidais	» microscopia de campo escuro: visualização direta do organismo » teste de absorção do anticorpo treponêmico fluorescente (FTA-ABS): detecta anticorpos para treponemas » ensaio de micro-hemaglutinação para Treponema pallidum: detecta anticorpos para treponemas » histologia da biópsia de pele: o infiltrado celular consiste principalmente em linfócitos, plasmócitos,

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Sífilis secundária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			macrófagos, alguns leucócitos polimorfonucleares (PMNs), células epitelioides e células gigantes ocasionais

◊ Escabiose infantil

História	Exame	1º exame	Outros exames
distribuição atípica, ausência de escavações e eczematização são motivos importantes para haver pouca suspeita; deve haver suspeita de escabiose em lactentes ou crianças com prurido generalizado de início recente e erupção característica; local, intensidade, duração e calendarização são úteis no diagnóstico; o prurido noturno é muito característico; deve ser procurada história de prurido em outros membros da família, o que pode ajudar no diagnóstico[21]	a erupção clássica da escabiose apresenta pápulas pruriginosas, vesículas, pústulas e escavações lineares; a maioria dos pacientes tem uma mistura das lesões primárias juntamente com escoriações, eczematização, crostas e infecção secundária; a escavação patognomônica da escabiose consiste em um trato branco elevado serpiginoso de 0.3 a 0.5 mm por 10 mm de comprimento; escoriação, crosta e eczematização podem mascarar essas lesões e qualquer outra lesão primária[21]	» preparação mineral microscópica: presença de ácaros, ovos ou fezes de Sarcoptes scabiei (cíbalo)	

◊ Infecção por Candida e candidíase disseminada

História	Exame	1º exame	Outros exames
os fatores de risco incluem colonização, tratamento com antibióticos de amplo espectro, cateter venoso central, nutrição parenteral, cirurgia gastrointestinal ou cardíaca, permanência	candidíase cutânea congênita: dermatite das fraldas por monília ou erupção eritematosa papulo-pustulosa difusa com descamação e erosões disseminadas ou dermatite semelhante	» solução de hidróxido de potássio (KOH): hifas, pseudo-hifas e formas de levedura de brotamento » coloração de Gram: hifas, pseudo-hifas e	» cultura de leveduras da pele: positiva para espécies de Candida » ensaio sorológico com 1,3 beta-glicano: positivo para anticorpos de beta-glicano

Incomum**◊ Infecção por Candida e candidíase disseminada**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hospitalar prolongada, permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), queimaduras, nascimento prematuro, imunossupressão (neutropenia, tratamento com corticosteroides, infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV], diabetes mellitus [DM]);[17] candidíase congênita: adquirida no período intrauterino e se apresenta no nascimento ou nos primeiros dias de vida;[78] candidíase neonatal: desenvolvimento de infecção mucocutânea por Candida após os primeiros dias de vida, adquirida durante ou após o parto; assemelha-se a infecções cutâneas por Candida em lactentes mais velhos[78]	a queimadura; não se observa comumente candidíase concomitante; as palmas das mãos e as solas dos pés podem estar envolvidas, e têm sido relatadas onicomicose e paroníquia;[78] candidíase neonatal: manchas eritematosas com pápulas e pústulas periféricas e descamação nas áreas intertriginosas, incluindo a área das fraldas, dobras inguinais e a área perianal, são típicas[78]	formas de levedura de brotamento	Mede o componente fúngico da parede celular.[73]

◊ Dermatite perioral

História	Exame	1º exame	Outros exames
a hiper-hidratação da pele causada pelo uso frequente de emolientes hidratantes oclusivos acarreta irritação e deficiência da função da barreira cutânea; muito frequentemente é encontrada uma disposição atópica; o abuso de corticosteroides tópicos	pápulas eritematosas ou lesões pápulo-pustulosas, geralmente de 2 mm, no máximo; frequentemente acompanhadas de eritema difuso e descamação; embora a localização perioral seja a mais comum, também podem ser afetadas áreas perioculares,	»nenhuma: diagnóstico clínico	

Incomum**◊ Dermatite perioral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode constituir outro fator desencadeante, em alguns casos; ^[81] os pacientes relatam queimação, em vez de prurido ^[81]	sulcos nasolabiais e a glabella ^[49]		

◊ Doença de Behçet

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre em torno da terceira década de vida e tem uma evolução crônica com exacerbações e remissões imprevisíveis; caracterizada por aftas orais e por, pelo menos, 2 dos seguintes fatores: 1) aftas genitais, 2) sinovite, 3) uveíte posterior, 4) vasculite pustular cutânea, 5) meningoencefalite, 6) úlceras genitais recorrentes, 7) uveíte na ausência de doença inflamatória intestinal ou doença vascular do colágeno. ^[29]	as lesões pápulo-pustulosas são as lesões cutâneas mais comuns: lesões estéreis, foliculite ou lesões semelhantes à acne em uma base eritematosa que surgem inicialmente como uma pápula e evoluem para uma pústula em 24 a 48 horas; ^[89] os pacientes também podem apresentar patergia (novas lesões que se desenvolvem em locais de trauma) ^[89]	» biópsia de pele: variável, dependendo do tipo de lesão: lesões pápulo-pustulosas precoces mostram vasculite leucocitoclástica com infiltrado neutrofílico, extravasamento de eritrócitos e necrose fibrinoide no interior das paredes vasculares	

◊ Eritema tóxico neonatal

História	Exame	1º exame	Outros exames
manifestação cutânea autolimitada aguda que se desenvolve em 50% a 70% de todos os neonatos saudáveis, particularmente nos nascidos a termo; começa logo após o nascimento e desaparece espontaneamente em	lesões pápulo-pustulosas em uma base eritematosa intensa ^[36]	» esfregaço de Tzanck e coloração de Gram: células inflamatórias: eosinófilos acima de 90% e alguns neutrófilos	» Hemograma completo: eosinofilia » biópsia de pele: infiltrado inflamatório denso em torno dos folículos pilosos, composto principalmente de eosinófilos, mas também contendo

Incomum

◊ Eritema tóxico neonatal

História	Exame	1º exame	Outros exames
algumas semanas, sem sequelas[36]			neutrófilos, macrófagos e células dendríticas

◊ Pseudofoliculite da barba

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de remoção de pelos por raspagem ou pinça na área afetada[32]	pápulas e pústulas que surgem na distribuição da barba constituem a apresentação mais comum; linha anterior do pescoço, áreas mandibulares, bochechas e queixo são os locais mais comuns[32]	» histologia da biópsia de pele: leucócitos mononucleares e leucócitos polimorfonucleares (PMNs) nas pústulas; leucócitos mononucleares e leucócitos PMNs, além de micrococos, nas pápulas	» culturas: geralmente estéreis ou contendo flora cutânea normal

◊ Pustulose cefálica neonatal (acne neonatal)

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode estar presente no nascimento, mas aparece mais frequentemente em 2 a 3 semanas de vida e remite espontaneamente; a pustulose cefálica benigna é diferenciada da acne infantil pela falta de lesões comedônicas e pelo início mais precoce[40]	caracterizada por pequenas pápulas e pústulas eritematosas inflamatórias encontradas nas bochechas, testa e couro cabeludo[40]	» esfregaço de Tzanck: células inflamatórias: eosinófilos acima de 90% e alguns neutrófilos no eritema tóxico neonatal Para descartar o diagnóstico diferencial de eritema tóxico neonatal.	» microscopia direta de soluções de hidróxido de potássio (KOH): positiva na foliculite por Candida Para descartar o diagnóstico diferencial de foliculite por Candida. » coloração de Gram: positiva para hifas na foliculite por Candida ou bactérias na foliculite bacteriana Para descartar o diagnóstico diferencial de foliculite por Candida ou bacteriana. » culturas bacterianas da pele:

Incomum**◊ Pustulosecefálica neonatal (acne neonatal)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			positiva na foliculite bacteriana Para descartar o diagnóstico diferencial de foliculite bacteriana. » cultura de leveduras da pele: pode ser positiva para a espécie Malassezia

◊ Miliária rubra (brotoeja)

História	Exame	1º exame	Outros exames
apresenta-se em lactentes superaquecidos e febris[40] e menos comumente em adultos[42]	pápulas em base não folicular e lesões pápulo-pustulosas eritematosas de 1 a 3 mm, geralmente na testa, parte superior do tronco e em áreas flexurais ou cobertas[40]	» nenhuma: diagnóstico clínico	

◊ Rosácea pustular

História	Exame	1º exame	Outros exames
eritema facial persistente, episódios recorrentes de rubor, edema, pápulas e pústulas; mais tarde, podem ocorrer telangiectasia, dermatite, sensação de queimação, fibrose e sinais oculares[90]	caracterizada por rubor facial, eritema, telangiectasia, episódios inflamatórios com pápulas e pústulas e, em casos graves, rinofima.[44]	» nenhuma: diagnóstico clínico	

◊ Artrite reativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
classicamente inclui a tríade de conjuntivite, uretrite e artrite em	a ceratodermia blenorragica começa como máculas e	» culturas bacterianas da pele: os organismos	» radiografia simples das articulações afetadas: erosões

Incomum

◊ Artrite reativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
pacientes jovens do sexo masculino após infecção urogenital ou gastrointestinal; pacientes com artrite reativa também manifestam sintomas mucocutâneos: ceratodermia blenorragica, balanite circinada, vulvite ulcerativa, alterações nas unhas e lesões orais[46]	vesículas eritematosas, tipicamente nas palmas das mãos e solas dos pés e evoluí para pústulas, pápulas e placas hiperqueratósicas; também pode ocorrer no tronco, couro cabeludo, superfícies extensoras das pernas, no dorso dos pododáctilos e nos dedos[46]	entéricos associados incluem <i>Shigella flexneri</i> (tipos 2a e 1b), <i>Salmonella typhimurium</i> , <i>Salmonella paratyphi</i> , <i>Salmonella cholerae</i> , <i>Salmonella suis</i> , <i>Salmonella enteritidis</i> , <i>Salmonella heidelberg</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Yersinia pseudotuberculosis</i> , <i>Campylobacter fetus</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Clostridium difficile</i> ; os organismos urogenitais associados incluem <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Chlamydia psittaci</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> (D-K) e <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	com margens pouco distintas cercadas por novos ossos periosteais e envolvimento oligoarticular assimétrico da articulação » biópsia de pele: macropústula espongiforme na epiderme superior, microabscessos intraepidérmicos, papilomatose marcante, acantose; as lesões mais antigas mostram camada cornificada espessada e acantose » aspiração da articulação: macrófagos com vacúolos preenchidos com detritos nucleares e leucócitos inteiros

◊ Erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS)

História	Exame	1º exame	Outros exames
caracterizada por febre, dermatite, linfadenopatia e envolvimento de órgãos internos; tem início 8 semanas após o início da terapia:[56] a pele é o órgão mais frequentemente envolvido na DRESS, com um espectro muito amplo de manifestações e gravidade; anormalidades hematológicas, principalmente	erupção morbiliforme geralmente encontrada no início; rosto, tronco superior e membros superiores são afetados primeiro com comprometimento tardio dos membros inferiores:[56] vesículas e bolhas firmes; podem existir pústulas estérveis no centro dos folículos, além de pequenas pústulas não foliculares; pode ocorrer eritrodermia; edema do rosto,	» biópsia de pele: infiltrado linfocítico denso na derme superficial e/ou perivascularmente, associado a eosinófilos e a edema dérmico; linfócitos atípicos ocasionais	» Hemograma completo: observa-se eosinofilia em 60% a 70% dos pacientes, linfocitose atípica semelhante à mononucleose na circulação » TFHs: possivelmente elevada, em decorrência de hepatite » nível de creatinina sérica: elevado » urinalise: proteinúria, sedimento urinário anormal com

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Erupção cutânea por medicamentos com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
eosinofilia e linfocitose atípica semelhante à mononucleose, também são comuns; ^[56] a história de medicamentos inclui carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, zonisamida, mexiletina, dapsona, sulfassalazina e alopurinol, sulfonamidas, alopurinol, sais de ouro e minociclina	normalmente mais pronunciado nas regiões periorbitais; envolvimento das mucosas, como queilite, erosões, faringe eritematosa e aumento das amígdalas; febre, linfadenopatia e aspectos clínicos de grave envolvimento visceral, como hepatite, nefrite, pneumonite e/ou miocardite; relata-se o desenvolvimento de tireoidite em um pequeno subgrupo de pacientes		<p>eosinófilos ocasionais indicando uma nefrite intersticial</p> <p>»hormônio estimulante da tireoide (TSH): pode estar elevado ou baixo, em decorrência de tireoidite</p> <p>»radiografia torácica: lesões pulmonares consistindo em infiltração intersticial ou alveolar por linfócitos e eosinófilos</p>

◊ Erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides/ acne por corticosteroides

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ocorrer após a administração de corticosteroides tópicos ou sistêmicos; a lesão começa semanas ou meses após o início de corticoterapia; a manifestação de dermatite por corticosteroides depende da potência dos corticosteroides, da área do corpo e da duração de sua atividade; ^[76] a supressão de corticosteroides tópicos pode acarretar o efeito rebote de dermatoses faciais prévias responsivas a corticosteroides ^[58]	corticosteroides tópicos causam reação local (rosácea por corticosteroides), caracterizada pela presença de eritema não transitório, pápulas e pústulas, telangiectasias com sensação de queimação ou ardência e aparência seca; ^[58] corticosteroides sistêmicos podem ocasionar minúsculas pústulas e pápulas eritematosas monomorfas na parte superior do tronco, geralmente preservando o rosto; comedões estão geralmente ausentes	» nenhuma: diagnóstico clínico	

Incomum

◊ **Erupção semelhante à rosácea induzida por corticosteroides/ acne por corticosteroides**

História	Exame	1° exame	Outros exames
	em ambos os tipos de reações[76]		

◊ **Pioderma gangrenoso ulcerativo ou típico**

História	Exame	1° exame	Outros exames
múltiplas lesões, sendo os membros inferiores o local mais comum de desenvolvimento; ocorre patergia em 20% a 30% dos pacientes, podendo ocorrer intensas exacerbções após trauma físico, como desbridamento, o que é contraindicado[64]	as lesões cutâneas começam como pápulas, lesões pápulo-pustulosas ou vesículas sensíveis que se transformam em úlceras dolorosas com bordas roxas escuras irregulares protuberantes, induração adjacente e eritema; as bases das úlceras podem conter tecido de granulação, tecido necrótico e/ou exsudato purulento; as lesões desaparecem, com cicatrizes cibiformes atróficas[64]	<ul style="list-style-type: none"> » biópsia de pele: as lesões iniciais revelam padrão de reação vascular neutrofílico (podem ser foliculocêntricas); as úlceras totalmente desenvolvidas mostram necrose tecidual marcante, com infiltrados de células mononucleares adjacentes » culturas bacterianas da pele: bactérias, infecção da ulceração atípica por micobactéria » culturas virais da pele: infecção viral da ulceração » culturas fúngicas da pele: infecção fúngica da ulceração 	<ul style="list-style-type: none"> » perfil de hepatite: positivo em hepatite Exame realizado para excluir hepatite. » eletroforese de soro e/ou de proteínas urinárias: evidência de neoplasias hematológicas » esfregaço de sangue periférico: evidência de neoplasias hematológicas » aspiração da medula óssea: evidência de neoplasias hematológicas » colonoscopia/ radiografia do trato gastrointestinal superior, enema de bário: descarta doença inflamatória intestinal associada, como colite ulcerativa

◊ **Forma atípica de pioderma gangrenoso**

História	Exame	1° exame	Outros exames
a média da idade de início é 52.2 anos (variando entre 37 e 67 anos)[64]	as lesões podem se assemelhar às da síndrome de Sweet, clínica e histopatologicamente, mas a forma atípica de	» biópsia de pele: as lesões iniciais revelam padrão de reação vascular neutrofílico (podem ser foliculocêntricas);	» aspiração da medula óssea: evidência de neoplasias hematológicas

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Forma atípica de pioderma gangrenoso

História	Exame	1º exame	Outros exames
	<p>pioderma gangrenoso sofre ulceração e cura deixando cicatriz;^[64] bolhas dolorosas em cor azul-acinzentada semelhantes às da síndrome de Sweet corroem ou sofrem ulceração, com localização mais comum nos membros superiores</p>	<p>as úlceras totalmente desenvolvidas apresentam necrose tecidual intensa com infiltrados de células mononucleares adjacentes; a biópsia de espécimes da forma atípica de pioderma gangrenoso mostram as mesmas características que espécimes de pioderma gangrenoso típico, mas estão localizadas mais superficialmente na derme; também podem estar presentes espongiosidade e vesiculação</p> <p>»perfil de hepatite: positivo em hepatite Exame realizado para excluir hepatite.</p> <p>»eletroforese de soro e/ou de proteínas urinárias: evidência de neoplasias hematológicas</p> <p>»esfregaço de sangue periférico: evidência de neoplasias hematológicas</p>	<p>»culturas bacterianas da pele: bactérias, infecção da ulceração atípica por micobactéria</p> <p>»culturas virais da pele: infecção viral da ulceração</p> <p>»culturas fúngicas da pele: infecção fúngica da ulceração</p> <p>»colonoscopia/ radiografia do trato gastrointestinal superior, enema de bário: descarta doença inflamatória intestinal associada, como colite ulcerativa</p>

◊ Orf

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de contato com lesões em animais (geralmente ovelhas e cabras) ou com fômites contaminados. ^[15]	lesão solitária tipicamente em um dedo ou na mão e pouco comumente no rosto; as lesões evoluem por 6 estágios, cada um durando cerca de 1 semana, e incluem: 1) estágio	» biópsia de pele: depende do estágio clínico; primeiro e segundo estágios: palidez e vacuolização de células na epiderme, com corpos intracitoplasmáticos e, ocasionalmente,	

Incomum**◊ Orf**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	maculopapular: mácula, pápula ou pústula eritematosa, 2) estágio de alvo: formação de um nódulo eritematoso central com um anel branco no centro e um halo externo vermelho, 3) estágio agudo: nódulo exsudativo, 4) estágio regenerativo: manchas negras e uma crosta amarela, 5) estágio papilomatoso: nódulo verrucoso, 6) estágio regressivo: involução da lesão[15]	corpos de inclusão intranuclear; estágio agudo: degeneração reticular da epiderme, folículos pilosos dilatados demonstrando alterações citopáticas similares às dos estágios anteriores e um infiltrado inflamatório misto na derme; quarto estágio: regeneração da epiderme, com extrusão de células foliculares para a superfície; estágio papilomatoso: projeções endofíticas da epiderme semelhantes a dedos; estágio regressivo: diminuição da acantose epidérmica com resolução do infiltrado inflamatório[15]	

◊ Pustulose amicrobiana das dobras

História	Exame	1º exame	Outros exames
lesões pustulares recidivantes envolvendo predominantemente as flexuras cutâneas e o couro cabeludo; geralmente associadas a doença autoimune ou do tecido conjuntivo, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de sobreposição na esclerodermia, lúpus eritematoso discoide, síndrome seca, doença celíaca, trombocitopenia	a erupção cutânea consiste em pequenas pústulas estéreis foliculares e não foliculares, que se fundem em placas erosivas; as lesões predominam nas dobras cutâneas, no couro cabeludo, na área genital e no meato acústico externo[50]	» biópsia de pele: estudos de microscopia óptica das lesões pustulares revelam pústulas intraepidérmicas e espongiosa eosinofílica; estudos de imunofluorescência direta, incluindo o teste da banda lúpica, são negativos	

Incomum

◊ Pustulose amicrobiana das dobras

História	Exame	1º exame	Outros exames
idiopática ou miastenia gravis; [50] [79] a evolução é frequentemente crônica com recidivas recalcitrantes; geralmente sem relação entre a evolução das lesões cutâneas e a atividade da doença autoimune associada			

◊ Dermatose pustular erosiva

História	Exame	1º exame	Outros exames
pústulas estéreis no couro cabeludo; podem ser precedidas por trauma ou podem surgir 'de novo'; componentes pustulares podem mimetizar uma infecção bacteriana [67]	se apresenta com pústulas estéreis crônicas, erosões e lesões em crosta limitadas ao couro cabeludo (geralmente danificado actinicamente)	» biópsia de pele: a histologia não deve apresentar qualquer outra etiologia para erupção cutânea estéril A dermatose pustular erosiva é um diagnóstico de exclusão.	» esfregaço de Tzanck: negativo » cultura bacteriana: estéril Pode haver infecção bacteriana secundária, mas essa não é a causa principal da erupção cutânea pustular.

Artigos principais

- Gupta AK, Batra R, Bluhm R, et al. Skin diseases associated with Malassezia species. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:785-798. [Resumo](#)
- Mengesha YM, Bennett ML. Pustular skin disorders: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:389-400. [Resumo](#)

Referências

1. Sladden MJ, Johnston GA. Current options for the treatment of impetigo in children. *Expert Opin Pharmacother.* 2005;6:2245-2256. [Resumo](#)
2. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. *Br J Gen Pract.* 2003;53:480-487. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. *BMJ.* 2004;329:95-99. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Edlich RF, Winters KL, Britt LD, et al. Bacterial diseases of the skin. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005;15:499-510. [Resumo](#)
5. Yu Y, Cheng AS, Wang L, et al. Hot tub folliculitis or hot hand-foot syndrome caused by *Pseudomonas aeruginosa*. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:596-600. [Resumo](#)
6. Stulberg DL, Penrod MA, Blatny RA. Common bacterial skin infections. *Am Fam Physician.* 2002;66:119-124. [Resumo](#)
7. Luelmo-Aguilar J, Santandreu MS. Folliculitis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:301-310. [Resumo](#)
8. Boni R, Nehrhoff B. Treatment of gram-negative folliculitis in patients with acne. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:273-276. [Resumo](#)
9. Dylewski J, Duong M. The rash of secondary syphilis. *CMAJ.* 2007;176:33-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Miller AC, Rashid RM, Khachemoune A. Secondary syphilis. *J Emerg Med.* 2008;35:83-85. [Resumo](#)
11. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis. September 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
12. Xu F, Schillinger JA, Sternberg MR, et al. Seroprevalence and coinfection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in the United States, 1988-1994. *J Infect Dis.* 2002;185:1019-1024. [Texto completo](#) [Resumo](#)

13. Pleacher MD, Dexter WW. Cutaneous fungal and viral infections in athletes. Clin Sports Med. 2007;26:397-411. [Resumo](#)
14. Arduino PG, Porter SR. Herpes simplex virus type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. J Oral Pathol Med. 2008;37:107-121. [Resumo](#)
15. Swick BL, DeBates SM. A solitary nodule on the finger. Arch Dermatol. 2009;145:321-326. [Resumo](#)
16. Gupta AK, Batra R, Bluhm R, et al. Skin diseases associated with Malassezia species. J Am Acad Dermatol. 2004;51:785-798. [Resumo](#)
17. Spellberg BJ, Filler SG, Edwards JE Jr. Current treatment strategies for disseminated candidiasis. Clin Infect Dis. 2006;42:244-251. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Spellberg B. Novel insights into disseminated candidiasis: pathogenesis research and clinical experience converge. PLoS Pathog. 2008;4:e38. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Ostrosky-Zeichner L, Pappas PG. Invasive candidiasis in the intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34:857-863. [Resumo](#)
20. Hainer BL. Dermatophyte infections. Am Fam Physician. 2003;67:101-108. [Resumo](#)
21. Karthikeyan K. Scabies in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2007;92:65-69. [Resumo](#)
22. Shahzad N, Nasir J, Ikram U, et al. Frequency and psychosocial impact of acne on university and college students. J Coll Physicians Surg Pak. 2011;21:442-443. [Resumo](#)
23. Clarke SB, Nelson AM, George RE, et al. Pharmacologic modulation of sebaceous gland activity: mechanisms and clinical applications. Dermatol Clin. 2007;25:137-146, v. [Resumo](#)
24. Webster GF. Pustular drug reactions. Clin Dermatol. 1993;11:541-543. [Resumo](#)
25. Fraser SJ, Benton EC, Roddie PH, et al. Eosinophilic folliculitis: an important differential diagnosis after allogeneic bone-marrow transplant. Clin Exp Dermatol. 2009;34:369-371. [Resumo](#)
26. Nervi SJ, Schwartz RA, Dmochowski M. Eosinophilic pustular folliculitis: a 40 year retrospect. J Am Acad Dermatol. 2006;55:285-289. [Resumo](#)
27. Lankerani L, Thompson R. Eosinophilic pustular folliculitis: case report and review of the literature. Cutis. 2010;86:190-194. [Resumo](#)
28. Krause I, Yankevich A, Fraser A, et al. Prevalence and clinical aspects of Behcet's disease in the north of Israel. Clin Rheumatol. 2007;26:555-560. [Resumo](#)
29. El Menyawi MM, Raslan HM, Edrees A. Clinical features of Behcet's disease in Egypt. Rheumatol Int. 2009;29:641-646. [Resumo](#)
30. Alexander AM, Delph WI. Pseudofolliculitis barbae in the military. A medical, administrative and social problem. J Natl Med Assoc. 1974;66:459-479. [Texto completo](#) [Resumo](#)

31. Edlich RF, Haines PC, Nichter LS, et al. Pseudofolliculitis barbae with keloids. *J Emerg Med.* 1986;4:283-286. [Resumo](#)
32. Perry PK, Cook-Bolden FE, Rahman Z, et al. Defining pseudofolliculitis barbae in 2001: a review of the literature and current trends. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:113-119. [Resumo](#)
33. Ratnarathorn M, Newman J. Subcorneal pustular dermatosis (Sneddon-Wilkinson disease) occurring in association with nodal marginal zone lymphoma: a case report. *Dermatol Online J.* 2008;14:6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Good LM, Good TJ, High WA. Infantile acropustulosis in internationally adopted children. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:763-771. [Resumo](#)
35. Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. *Pediatr Dermatol.* 1998;15:337-341. [Resumo](#)
36. Marchini G, Nelson A, Edner J, et al. Erythema toxicum neonatorum is an innate immune response to commensal microbes penetrated into the skin of the newborn infant. *Pediatr Res.* 2005;58:613-616. [Resumo](#)
37. Mengesha YM, Bennett ML. Pustular skin disorders: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:389-400. [Resumo](#)
38. deShazo RD, Williams DF, Moak ES. Fire ant attacks on residents in health care facilities: a report of two cases. *Ann Intern Med.* 1999;131:424-429. [Resumo](#)
39. Ayhan M, Sancak B, Karaduman A, et al. Colonization of neonate skin by Malassezia species: relationship with neonatal cephalic pustulosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:1012-1018. [Resumo](#)
40. Conlon JD, Drolet BA. Skin lesions in the neonate. *Pediatr Clin North Am.* 2004;51:863-388, vii-viii. [Resumo](#)
41. Feng E, Janniger CK. Miliaria. *Cutis.* 1995;55:213-216. [Resumo](#)
42. Kirk JF, Wilson BB, Chun W, et al. Miliaria profunda. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:854-856. [Resumo](#)
43. Oltz M, Check J. Rosacea and its ocular manifestations. *Optometry.* 2011;82:92-103. [Resumo](#)
44. Elewski BE, Fleischer AB Jr, Pariser DM. A comparison of 15% azelaic acid gel and 0.75% metronidazole gel in the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomized trial. *Arch Dermatol.* 2003;139:1444-1450. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Yamasaki K, Di Nardo A, Bardan A, et al. Increased serine protease activity and cathelicidin promotes skin inflammation in rosacea. *Nat Med.* 2007 Aug;13(8):975-80. [Resumo](#)
46. Wu IB, Schwartz RA. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:113-121. [Resumo](#)

47. Brill TJ, Elshorst-Schmidt T, Valesky EM, et al. Successful treatment of acrodermatitis continua of Hallopeau with sequential combination of calcipotriol and tacrolimus ointments. *Dermatology*. 2005;211:351-355. [Resumo](#)
48. Dirschka T. Periorale dermatitis. Bochum: Ruhr-Universität; 2004.
49. Rodriguez-Martin M, Saez-Rodriguez M, Carnerero-Rodriguez A, et al. Treatment of perioral dermatitis with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:529-530. [Resumo](#)
50. Kerl K, Masouyé I, Lesavre P, et al. A case of amicrobial pustulosis of the folds associated with neutrophilic gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus. *Dermatology*. 2005;211:356-359. [Resumo](#)
51. Lee HY, Pelivani N, Beltraminelli H, et al. Amicrobial pustulosis-like rash in a patient with Crohn's disease under anti-TNF-alpha blocker. *Dermatology*. 2011;222:304-310. [Resumo](#)
52. Agero AL, Dusza SW, Benvenuto-Andrade C, et al. Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:657-670. [Resumo](#)
53. Van Doorn R, Kirtschig G, Scheffer E, et al. Follicular and epidermal alterations in patients treated with ZD1839 (Iressa), an inhibitor of the epidermal growth factor receptor. *Br J Dermatol*. 2002;147:598-601. [Resumo](#)
54. Röckl H. Leukocytoclastic vasculitis due to drug allergy presenting as generalized pustular exanthema [in German]. *Hautarzt*. 1981;32:467-470. [Resumo](#)
55. Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Boursean C, et al. Acute generalised exanthematous pustulosis: analysis of 63 cases. *Arch Dermatol*. 1991;127:1333-1338. [Resumo](#)
56. Tas S, Simonart T. Management of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome): an update. *Dermatology*. 2003;206:353-356. [Resumo](#)
57. Maoz KB, Brenner S. Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms syndrome: sex and the causative agent. *Skinmed*. 2007;6:271-273. [Resumo](#)
58. Chu CY. An open-label pilot study to evaluate the safety and efficacy of topically applied pimecrolimus cream for the treatment of steroid-induced rosacea-like eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:484-490. [Resumo](#)
59. Umezawa Y, Ozawa A, Kawasima T, et al. Therapeutic guidelines for the treatment of generalized pustular psoriasis (GPP) based on a proposed classification of disease severity. *Arch Dermatol Res*. 2003;295:43-54. [Resumo](#)
60. Izuka H, Takahashi H, Ishida-Yamamoto A. Pathophysiology of generalized pustular psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2003;295:55-59. [Resumo](#)
61. Serra D, Gonçalo M, Mariano A, et al. Pustular psoriasis and drug-induced pustulosis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2011;146:155-158. [Resumo](#)

62. Ozawa A, Miyahara M, Sugai J, et al. HLA class I and II alleles and susceptibility to generalized pustular psoriasis: significant associations with HLA-Cw1 and HLA-DQB1*0303. *J Dermatol.* 1998;25:573-581. [Resumo](#)
63. Larsen CG, Thyssen JP. Pustular penile pyoderma gangrenosum successfully treated with topical tacrolimus ointment. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:104-105. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Bennett ML, Jackson JM, Jorizzo JL, et al. Pyoderma gangrenosum. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. Case review of 86 patients from 2 institutions. *Medicine (Baltimore).* 2000;79:37-46. [Resumo](#)
65. Nanda S, Reddy BS, Ramji S, et al. Analytical study of pustular eruptions in neonates. *Pediatr Dermatol.* 2002;19:210-215. [Resumo](#)
66. Asumalahti K, Ameen M, Suomela S, et al. Genetic analysis of PSORS1 distinguishes guttate psoriasis and palmoplantar pustulosis. *J Invest Dermatol.* 2003;120:627-632. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Eleftheriou LI, McIntee TJ, Stratman EJ. Aminolevulinic acid photodynamic therapy in the treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp. *Arch Dermatol.* 2011;147:1368-1370. [Resumo](#)
68. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew's disease of the skin: clinical dermatology. 9th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 2000.
69. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. London: Mosby; 2007.
70. Coquilla BH, Lewis CW. Management of pseudofolliculitis barbae. *Mil Med.* 1995;160:263-269. [Resumo](#)
71. Quarles FN, Brody H, Johnson BA, et al. Pseudofolliculitis barbae. *Dermatol Ther.* 2007;20:133-136. [Resumo](#)
72. Van Praag MC, Van Rooij RW, Folkers E, et al. Diagnosis and treatment of pustular disorders in the neonate. *Pediatr Dermatol.* 1997;14:131-143. [Resumo](#)
73. Méan M, Marchetti O, Calandra T. Bench-to-bedside review: Candida infections in the intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12:204. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Sidoroff A, Halevy S, Bavinck JN, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) - a clinical reaction pattern. *J Cutan Pathol.* 2001;28:113-119. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Tamir E, Wohl Y, Mashiah J, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis: a retrospective analysis showing a clear predilection for women. *Skinmed.* 2006;5:186-188. [Resumo](#)
76. Fung MA, Berger TG. A prospective study of acute-onset steroid acne associated with administration of intravenous corticosteroids. *Dermatology.* 2000;200:43-44. [Resumo](#)
77. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clin Microbiol Rev.* 2005;18:205-216. [Texto completo](#) [Resumo](#)

78. Smolinski KN, Shah SS, Honig PJ, et al. Neonatal cutaneous fungal infections. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17:486-493. [Resumo](#)
79. López-Navarro N, Alcaide A, Gallego E, et al. Amicrobial pustulosis of the folds associated with Hashimoto's thyroiditis. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e561-e563. [Resumo](#)
80. Alves EV, Martins JE, Ribeiro EB, et al. *Pityrosporum folliculitis: renal transplantation case report.* *J Dermatol.* 2000;27:49-51. [Resumo](#)
81. Schwarz T, Kreiselmaier I, Bieber T, et al. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study of 1% pimecrolimus cream in adult patients with perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:34-40. [Resumo](#)
82. Boer A, Herder N, Winter K, et al. Herpes folliculitis: clinical, histopathological, and molecular pathologic observations. *Br J Dermatol.* 2006;154:743-746. [Resumo](#)
83. Weinberg JM, Mysliwiec A, Turiansky GW, et al. Viral folliculitis. Atypical presentation of herpes simplex, herpes zoster and molluscum contagiosum. *Arch Dermatol.* 1997;133:983-986. [Resumo](#)
84. Nakamura K, Imakado S, Takizawa M, et al. Exacerbation of pustulosis palmaris et plantaris after topical application of metals accompanied by elevated levels of leukotriene B4 in pustules. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:1021-1025. [Resumo](#)
85. Poli F, Prost C, Revuz J. Gram-negative bacteria folliculitis [in French]. *Ann Dermatol Venereol.* 1988;115:797-800. [Resumo](#)
86. Khera P, Haught JM, McSorley J, et al. Atypical presentations of herpesvirus infections in patients with chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:484-486. [Resumo](#)
87. Bundino S, Zina AM, Ubertalli S. Infantile acropustulosis. *Dermatologica.* 1982;165:615-619. [Resumo](#)
88. Sotiriadis D, Patsatsi A, Sotiriou E, et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau on toes successfully treated with a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate. *J Dermatolog Treat.* 2007;18:315-318. [Resumo](#)
89. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behcet's disease. *Yonsei Med J.* 2007;48:573-585. [Texto completo](#) [Resumo](#)
90. Dahl MV, Jarratt M, Kaplan D, et al. Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:723-730. [Resumo](#)
91. Halevy S, Cohen A, Livni E. Acute generalized exanthematous pustulosis associated with polysensitivity to paracetamol and bromhexine: the diagnostic role of in vitro interferon-gamma release test. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25:652-654. [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Neonato com impetigo bolhoso

Do acervo de Michael Freeman; usado com permissão

IMAGES



Figura 2: Foliculite superficial com pápulas e pústulas eritematosas proeminentes

Do acervo do Dr. Professor Baden; usado com permissão



Figura 3: Lesões de sífilis secundária na face

Public Health Image Library, CDC



Figura 4: Lactente apresentando erupção cutânea anteriormente conhecida como monilíase, agora chamada candidíase, causada por *Candida spp*

Public Health Image Library, CDC



Figura 5: Tinha da mão. Na superfície extensora da mão, presença de inflamação extensiva, descamação, hiperceratose e eritema

Departamento de Dermatologia da Medical University of South Carolina; usado com permissão



Figura 6: Tinha do corpo nas axilas. Clareira central com uma borda ativa de inflamação observada. Presença de lesões satélites

Departamento de Dermatologia da Medical University of South Carolina; usado com permissão



Figura 7: Tinha da barba. Pústulas nos folículos, vermelhidão e descamação

Departamento de Dermatologia da Medical University of South Carolina; usado com permissão

IMAGES



Figura 8: Tinha dos pés. Inflamação intensa produz hiperpigmentação e formação de vesículas. Forma vesiculobolhosa da tinha dos pés

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Departamento de Dermatologia da Medical University of South Carolina; usado com permissão



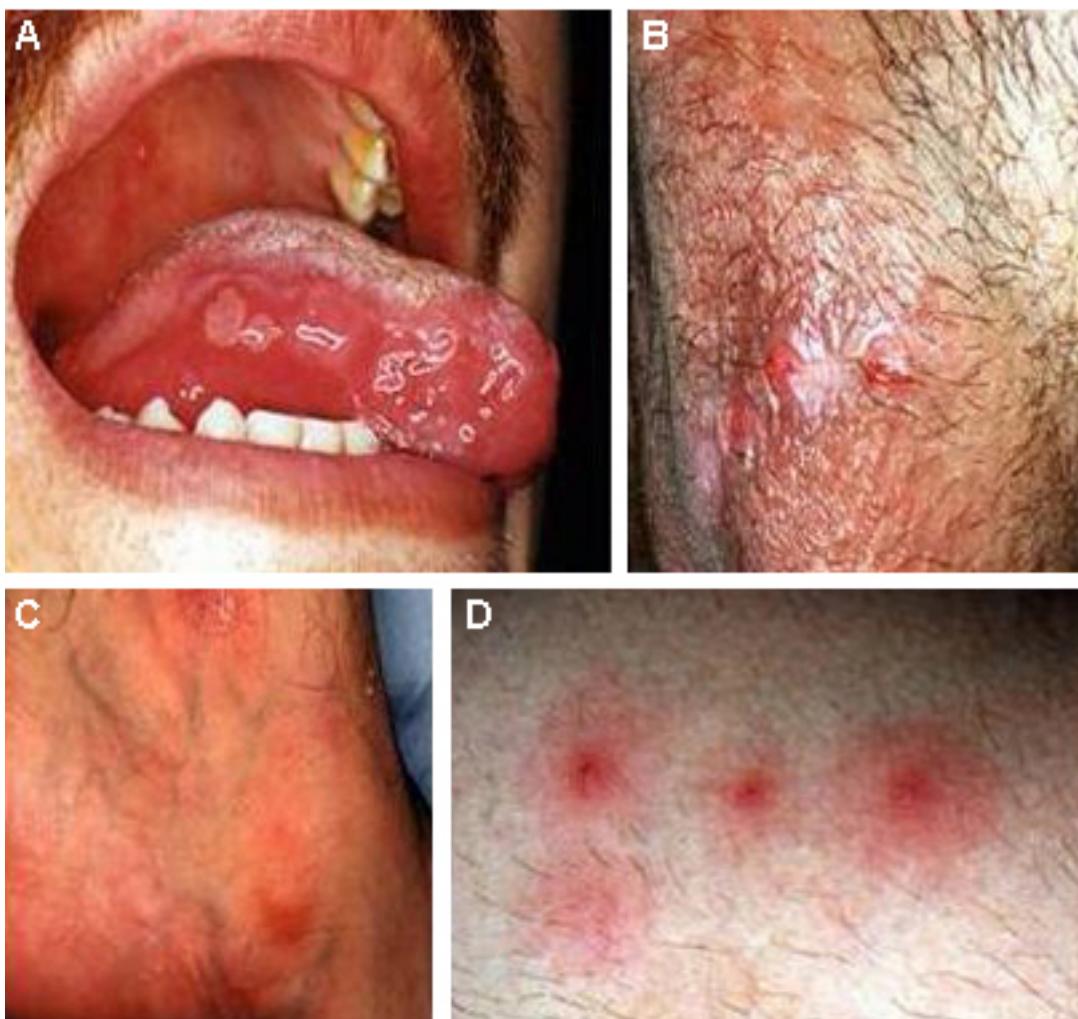
Figura 9: Escabiose: escavações lineares características na pele

Do acervo de Dra. Laura Ferris; usado com permissão



Figura 10: Acne nódulo-cística

University of Michigan Department of Dermatology



Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Figura 11: Úlceras orais e genitais na doença de Behçet

Do acervo do Dr. Yusuf Yazici; usado com permissão



Figura 12: Formação de pseudopústula após picada de formiga de fogo

Do acervo de Theodore Freeman; usado com permissão



Figura 13: Miliaria rubra

Do acervo de Brian L. Swick; usado com permissão



Figura 14: Rosácea fulminante

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão

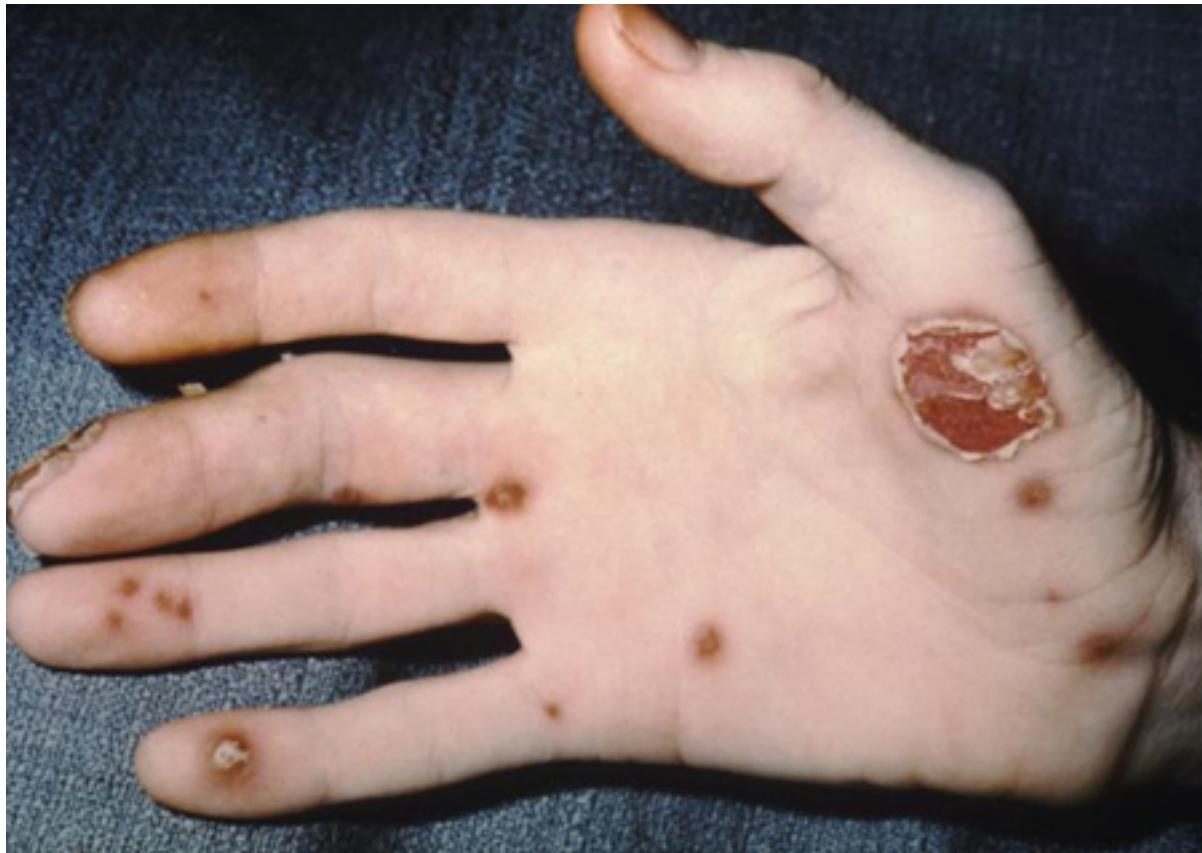


Figura 15: Pústulas em um paciente com artrite reativa

Public Health Image Library, CDC

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Asra Ali, MD

Dermatologist

Texas Dermatology, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: AA declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Paradi Mirmirani, MD

Physician

Department of Dermatology, Kaiser Permanente Vallejo Medical Center, Vallejo, CA

DIVULGAÇÕES: PM declares that she has no competing interests.