

BMJ Best Practice

Avaliação de distúrbios dermatológicos relacionados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

| | |
|--|-----------|
| Resumo | 3 |
| Visão geral | 4 |
| Etiologia | 4 |
| Emergencies | 9 |
| Considerações de urgência | 9 |
| Diagnóstico | 10 |
| Abordagem passo a passo do diagnóstico | 10 |
| Visão geral do diagnóstico diferencial | 14 |
| Diagnóstico diferencial | 17 |
| Diretrizes de diagnóstico | 44 |
| Referências | 45 |
| Imagens | 52 |
| Aviso legal | 88 |

Resumo

- ◊ Nas primeiras fases da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), doença de pele geralmente era uma manifestação da infecção.^[1] Manifestações cutâneas frequentemente refletem o estado imunológico e podem oferecer esclarecimentos sobre o prognóstico em longo prazo. Embora a morbidade das doenças de pele, principalmente de infecções oportunistas, tenha diminuído com o advento do tratamento antirretroviral, ainda há problemas dermatológicos significativos na era pós-terapia antirretroviral. Distúrbios dermatológicos relacionados ao HIV podem ser classificados como infecciosos, inflamatórios, neoplásicos, metabólicos ou como reação ao medicamento.

Etiologia

As etiologias das diferentes doenças que envolvem todo o espectro de pele e vírus da imunodeficiência humana (HIV) variam, mas é válido notar uma distinção etiológica útil que mostra que algumas doenças de pele são bem específicas do HIV, e outras doenças de pele podem aparecer em populações não infectadas por HIV, mas têm manifestação alterada com HIV. Os dados de epidemiologia local devem ser considerados. A abordagem de diagnóstico e tratamento pode ser diferente de acordo com a disponibilidade local; as diretrizes são escassas.[\[2\]](#) [\[3\]](#)

Dermatoses específicas do HIV

Essas doenças incluem lipodistrofia relacionada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV),
[\[Fig-1\]](#)

foliculite eosinofílica (FE),
[\[Fig-2\]](#)

[\[Fig-3\]](#)

leucoplasia pilosa oral,
[\[Fig-4\]](#)

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

erupção pápulo-pruriginosa (EPP) do HIV
[\[Fig-6\]](#)

e fotodermatite do HIV.
[\[Fig-7\]](#)

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

[\[Fig-9\]](#)

Elas raramente aparecem fora da população imunocomprometida ou com HIV.

- Lipodistrofia relacionada ao HIV é um distúrbio metabólico que ocorre principalmente devido aos efeitos indesejados do uso crônico dos antirretrovirais. Os desequilíbrios metabólicos dislipidêmicos, as irregularidades de deposição gordurosa e outros sinais e sintomas associados à lipodistrofia relacionada ao HIV são mais bem observados nas classes de medicamentos inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeos, por meio da disfunção mitocondrial, e inibidores da protease, por meio da interrupção metabólica da enzima de gordura.[\[4\]](#) [\[5\]](#)
[\[Fig-1\]](#)
- A patogênese de FE não é claramente compreendida. Embora alguns digam que ela se deve a uma combinação de distúrbio imunológico e reação de hipersensibilidade decorrente da exposição ao ácaro *Demodex folliculorum*, um habitante comum da pele humana, a literatura sobre etiologia é inconsistente e precisa de esclarecimentos.[\[6\]](#) [\[7\]](#)
[\[Fig-2\]](#)
[\[Fig-3\]](#)
- A leucoplasia pilosa oral é desencadeada principalmente pelo vírus Epstein-Barr.

[\[Fig-4\]](#)[\[Fig-5\]](#)[\[Fig-10\]](#)

- Acredita-se que a EPP seja desencadeada pela reação à mordida do artrópode e pela interrupção imunológica relacionada ao HIV.[\[8\]](#)

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

- A etiologia da fotodermatite relacionada ao HIV não está clara. Se houver cicatrização e milia na face e/ou mãos, porfiria cutânea tardia é considerada.

[\[Fig-7\]](#)[\[Fig-8\]](#)[\[Fig-9\]](#)

- O prurigo nodular às vezes é associado à coinfecção por hepatite C ou B.

[\[Fig-11\]](#)

- O sarcoma de Kaposi é a malignidade associada ao HIV mais comum em adultos e crianças.[\[9\]](#) [\[10\]](#)

[\[Fig-12\]](#)[\[Fig-13\]](#)

- A síndrome inflamatória da reconstituição imune se manifesta com o agravamento da condição geral do paciente ou a manifestação de uma nova infecção oportunista após o início da terapia antirretroviral combinada. Pacientes com uma contagem de CD4 <50 células/microlitro têm um risco mais alto.[\[11\]](#)
- Úlceras aftosas costumam ocorrer durante a infecção por HIV aguda. Elas também estão diretamente relacionadas ao estado imunológico. Pacientes com estomatite aftosa recorrente geralmente apresentam déficits nutricionais.[\[12\]](#)

Dermatoses não específicas do HIV que têm manifestação alterada com HIV

As demais doenças individuais discutidas nesta seção não são específicas do vírus HIV, mas com HIV se manifestam de forma diferente da evolução mais "típica" da doença e da manifestação observada em pessoas sem HIV. Outras doenças de pele que ocorrem em populações imunocompetentes e infectadas por HIV, mas, em alguns casos, se manifestam com maior frequência ou de forma mais grave em pessoas infectadas por HIV, incluem as seguintes dermatoses.

- Psoríase: em pessoas infectadas por HIV, a frequência é semelhante à da população geral (1% a 3%).[\[13\]](#) [\[14\]](#)

[\[Fig-14\]](#)[\[Fig-15\]](#)[\[Fig-16\]](#)

- Dermatite seborreica: uma dermatose comum na população geral, com prevalência extremamente elevada na infecção por HIV;[\[15\]](#) a prevalência é de 1% a 3% da população em geral, mas de 40% a 80% dos pacientes com AIDS que não estão em terapia antirretroviral altamente ativa;[\[16\]](#) A prevalência se eleva com o aumento da imunossupressão.

[\[Fig-17\]](#)

- Dermatite atópica: alta prevalência em adultos, assim como em populações pediátricas; em uma série, 50% dos lactentes com doença por HIV avançada apresentavam dermatite atópica.[\[17\]](#)
[\[Fig-18\]](#)
- Xerose: alta prevalência em pacientes infectados pelo HIV, especialmente naqueles com síndrome de emaciação por infecção pelo HIV. Possível diminuição da transpiração e da secreção das glândulas sebáceas, e má absorção dos ácidos graxos essenciais em pessoas com emaciação.[\[7\]](#) [\[18\]](#)
[\[Fig-19\]](#)
- Dermatite perioral: mais comum em mulheres.
[\[Fig-20\]](#)
- Acne vulgar: surtos são comuns em pessoas infectadas por HIV, especialmente conforme os pacientes tratados com terapia antirretroviral ficam imunologicamente resistentes e o corpo pode apresentar uma resposta inflamatória; consequentemente, não é comum observar acne vulgar em pacientes com baixas contagens de CD4.
[\[Fig-21\]](#)
- Manifestações cutâneas de artrite reativa (doença de Reiter): ocorre principalmente em homens com antígeno leucocitário humano (HLA)-B27 positivos, e pode haver uma história familiar positiva. A ocorrência conjunta em infecção por HIV também foi observada. Sintomas da infecção por HIV podem surgir simultaneamente com sintomas de artrite reativa, ou o início da artrite reativa pode ocorrer logo após a infecção por HIV tornar-se sintomática.[\[13\]](#) [\[19\]](#)
- Vírus do molusco contagioso: em alguns relatos, o vírus do molusco contagioso ocorre em 10% a 20% das pessoas infectadas por HIV.[\[20\]](#) A infecção por Histoplasma, Cryptococcus e Penicillium também deve ser considerada no diferencial com imunocomprometimento significativo. Penicilose é mais prevalente no sudeste da Ásia; infecção por criptocócicos tem uma distribuição mundial, histoplasmose costuma aparecer em vales de rio e foi relatada na América do Norte e do Sul, no sudeste da Ásia e na África Central.
[\[Fig-22\]](#)
- Papilomavírus humano (HPV): verrugas são comuns em pessoas infectadas por HIV, e podem ser mais difíceis de tratar conforme o HIV progride; a doença de Bowen, uma forma de carcinoma de células escamosas in situ, tem uma variante conhecida como papulose bowenoide, que envolve pápulas achadas escuras na região pélvica; a epidermodisplasia verruciforme é uma manifestação incomum do HPV com verrugas achadas grandes no pescoço, no dorso das mãos, na face e nos membros.
[\[Fig-23\]](#)
- Vírus do herpes simples: a disseminação é rara mesmo em pacientes gravemente imunocomprometidos.
[\[Fig-24\]](#)
[\[Fig-25\]](#)
- Vírus da varicela-zóster: a maioria dos pacientes infectados por HIV já teve varicela antes, manifestando-se como varicela-zóster em contagens de CD4 relativamente normais.
[\[Fig-26\]](#)
- Infecção por estafilococos: pode causar impetigo bolhoso, ectima, foliculite e botriomicoses.
[\[Fig-27\]](#)
[\[Fig-28\]](#)
[\[Fig-29\]](#)

- Angiomatose bacilar: registrada na América do Sul, na Europa, na Índia e na África.[\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) Deve ser considerada em pacientes HIV-positivos com febre de origem desconhecida; parece sarcoma de Kaposi, linfoma cutâneo ou granuloma piogênico; também pode ser associada a comprometimento cerebral, hepático, linfático e pulmonar.

[\[Fig-30\]](#)

- Sífilis: aumento da prevalência entre populações infectadas por HIV e aumento mundial dos casos registrados.[\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) Nas populações urbanas, a maioria dos casos ocorre em homens que fazem sexo com homens.[\[30\]](#) [\[31\]](#) O uso de metanfetamina está envolvido em alguns registros observados no aumento da incidência nos EUA e na Europa.[\[32\]](#) [\[33\]](#) Estudos relatam que, entre mulheres infectadas por HIV, o trabalho sexual, o uso limitado ou ausente de preservativos e o uso de substâncias são fatores de risco.[\[26\]](#) [\[34\]](#) Manifestações cutâneas primárias, secundárias e terciárias são semelhantes em pessoas com HIV e sem infecção por HIV, embora a apresentação possa ser atípica em indivíduos infectados pelo HIV. Também é importante excluir neurosífilis.

[\[Fig-31\]](#)

[\[Fig-32\]](#)

- Gonorreia: aumento da prevalência entre populações infectadas por HIV (principalmente homens que fazem sexo com homens). Infecções assintomáticas são comuns na faringe e no ânus. A resistência a antibióticos é um desafio cada vez maior.[\[35\]](#)
- Clamídia/linfogranuloma venéreo (LGV): clamídia causa tracoma (sorovares A, B, Ba ou C), uretrite (sorovares D-K) e linfogranuloma venéreo (LGV; sorovares L1, 2 e 3). Homens que fazem sexo com homens infectados por HIV são desproporcionalmente afetados por LGV. As características clínicas de LGV tradicionalmente são divididas em 3 estágios: úlcera, envolvimento dos linfonodos locais e áreas necróticas, e edema crônico com fibrose esclerosante. Infecções anais manifestam-se como proctite ulcerativa ou proctocolite. Existe uma alta taxa de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) concomitantes, incluindo hepatite C.[\[36\]](#)
- Cancroide: doença sexualmente adquirida causada por *Haemophilus ducreyi*. Úlceras moles e dolorosas com linfadenite regional são manifestações típicas. Falha do tratamento é mais comum em pessoas com infecção por HIV.[\[37\]](#)
- Escabiose: diferente daqueles sem infecção por HIV, o envolvimento acima do pescoço é possível em pessoas com infecção por HIV.

[\[Fig-33\]](#)

[\[Fig-34\]](#)

- Leishmaniose: ocorre em pacientes que têm história de viagem ou residência em áreas endêmicas com exposição a flebotomíneo; coinfeção visceral, mucocutânea e cutânea com HIV foram observadas.[\[38\]](#) [\[39\]](#) [\[40\]](#) Uma alta prevalência de leishmaniose visceral com coinfeção por HIV foi observada na Espanha, ao redor da bacia do Mediterrâneo;[\[41\]](#) [\[42\]](#) as áreas em que a leishmaniose foi registrada incluem países ao redor do Mediterrâneo, Turquia, Irã e Arábia Saudita.
- Dermatofitose: a prevalência é a mesma entre pessoas infectadas pelo HIV e pessoas que não são, mas há uma variabilidade aumentada de apresentação e gravidade da doença em indivíduos infectados pelo HIV. Comprometimento ungueal é comum em pessoas infectadas por HIV, com prevalência relatada variando de 20% a 35%. Se o comprometimento da pele for refratário aos tratamentos tradicionais, outras entidades diferenciais incluindo psoríase e dermatite seborreica devem ser consideradas.
- Candida: candidíase oral também é comum em HIV.
- Carcinoma basocelular: a manifestação é a mesma que em pacientes não infectados com HIV, embora a incidência em HIV seja maior que a incidência da população geral.[\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#)

[\[Fig-35\]](#)

- Melanoma: em pacientes infectados por HIV, o melanoma pode ser mais agressivo que na população geral, independentemente da contagem de CD4.[\[46\]](#) Melanoma lentiginoso de extremidades pode se manifestar em populações asiáticas ou de pele escura.

[\[Fig-36\]](#)

- Carcinoma de células escamosas: a manifestação é a mesma em pacientes infectados ou não por HIV, embora a incidência naqueles com HIV seja maior que a incidência da população geral.[\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#)

[\[Fig-37\]](#)

- Carcinoma de células de Merkel: o poliomavírus de células de Merkel foi descoberto recentemente em carcinoma de células de Merkel (CCM), um tumor cutâneo não melanoma agressivo. Indivíduos imunocomprometidos, como pacientes infectados por HIV, apresentam aumento do risco de desenvolvimento de CCM.[\[48\]](#)
- Leiomiossarcoma: passou a ser a segunda malignidade mais frequente em crianças com HIV. O desenvolvimento está associado ao vírus Epstein-Barr (EBV).[\[49\]](#)
- Síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica: muito mais prevalente por exposição medicamentosa em pessoas infectadas por HIV que na população geral.

[\[Fig-38\]](#)

Considerações de urgência

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

Necrólise epidérmica tóxica/Síndrome de Stevens-Johnson

A necrólise epidérmica tóxica/síndrome de Stevens-Johnson deve ser reconhecida imediatamente, pois é uma condição que possivelmente tem risco de vida. Está associada a medicamentos que contêm sulfa, nevirapina, anticonvulsivantes, medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e allopurinol.

Sintomas tipo gripe geralmente aparecem alguns dias antes da erupção. As fases iniciais incluem vermelhidão difusa ou lesões maculares com centro purpúreo que podem aumentar, formar vesículas e descamar. Essas lesões cutâneas geralmente começam no tronco ou face e se disseminam para fora, e é comum que envolvam superfícies mucosas. Uma história e exame físico detalhados incluindo um relatório dos medicamentos usados em um determinado período, geralmente ajudam a estabelecer o diagnóstico. As investigações laboratoriais comuns incluem hemograma completo com diferencial, perfil da função hepática, perfil metabólico básico e biópsia de pele. Quando há comprometimento oftálmico, avaliação e consulta urgente com um oftalmologista são necessárias. É muito importante suspender os medicamentos possivelmente causadores.

[Fig-38]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

As manifestações dermatológicas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) são diversas e geralmente múltiplas em pacientes com infecção por HIV. Portanto, é fundamental colher a história completa e fazer exames no corpo todo.

História

A abordagem inicial é obter uma história dermatológica padrão. Se o paciente tiver uma erupção cutânea, a duração, a manifestação inicial e a progressão subsequente devem ser observadas. A duração de cada lesão individual, juntamente com fatores de exacerbação ou alívio, deve ser observada. Também deve-se observar a presença de prurido, ardência ou dor associada, e linfonodos aumentados ou sensíveis. Se o paciente tiver algum tumor, a duração e mudanças de tamanho, forma ou cor devem ser determinadas. É preciso obter a história pessoal ou familiar de doença atópica e psoríase.

Outras observações importantes da história incluem o seguinte:

- História de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, se conhecido, duração e data da soroconversão ou primeiro exame HIV-positivo.
- Contagem de CD4 na manifestação, nadir de CD4 e contagem de CD4 e carga viral de HIV atuais. Contagens de CD4 baixas são importantes como preditor de doenças de imunossupressão avançada, como infecções oportunistas (IO).
- Coinfecção com hepatite B e C é importante, pois os pacientes têm maior probabilidade de ter prurido e/ou prurigo nodular. Além disso, pessoas com o vírus da hepatite C podem apresentar vasculite crioglobulinêmica.[\[50\]](#) [\[51\]](#)
[\[Fig-11\]](#)
- História de IO pode indicar imunossupressão profunda prévia cujos efeitos talvez não sejam totalmente reversíveis mesmo quando a contagem de CD4 se recuperar e a carga viral de HIV for suprimida.
- A história medicamentosa completa deve ser colhida, com reconhecimento de todas as interações medicamentosas atuais. Descobrir exatamente quando começou o tratamento medicamentoso pode ser útil para determinar se a erupção cutânea relacionada ao medicamento pode ser provável e, se for, quais medicamentos específicos podem estar envolvidos. Com pacientes gravemente imunocomprometidos (CD4 <50 células/mm³), podem ocorrer reações com quase todos os medicamentos administrados, incluindo terapia antirretroviral (TAR); com TAR, reações ao medicamento costumam ser observadas com inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo, especialmente efavirenz ou nevirapina. Detalhes especiais são necessários sobre história de TAR, TAR prévia e motivos para descontinuação ou interrupção do tratamento. Se os pacientes tiverem iniciado a TAR recentemente, as doenças da síndrome de reconstituição imunológica como foliculite eosinofílica[\[52\]](#) ou verrugas achatadas devem ser consideradas.[\[53\]](#) Se os pacientes tiverem erupção acneiforme, o uso prévio de corticosteroides como testosterona ou esteroides anabolizantes deve ser examinado com cuidado. Sulfametoxazol/trimetoprima e outros antibióticos têm uma alta prevalência de reações morbiliformes em pacientes infectados por HIV; reações morbiliformes devem ser diferenciadas de reações de hipersensibilidade mais graves envolvidas com nevirapina, nas quais a erupção cutânea é acompanhada por sintomas tipo gripe, vesículas, infecções orofaríngeas, edema facial e conjuntivite. O uso de metanfetamina (cristal) ou cocaína (crack) deve ser observado, pois geralmente está associado ao prurido. O uso dessas

drogas prediz comportamentos sexuais de alto risco, de modo que outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) devem ser consideradas.

[Fig-2]

[Fig-3]

- A história sexual é importante. Homens que fazem sexo com homens têm maior risco de verrugas perianais e displasia.[\[54\]](#) Em geral, infecções faríngeas e ISTs anais assintomáticas devem ser consideradas.
- História de alergia, especialmente alergia a medicamentos.
- Pacientes com sarcoma de Kaposi (SK) costumam ter lesões menores, de alguns milímetros, que talvez não tenham notado; por outro lado, SK endêmico em áreas como África subsaariana geralmente afeta pacientes que podem se apresentar aos cuidadores com uma carga tumoral relativamente pesada, incluindo tumores vegetantes grandes nas áreas do corpo mencionadas acima.[\[47\]](#)

Exame físico

Um exame cutâneo do corpo todo é muito útil na avaliação inicial. Em pacientes que apresentam erupções cutâneas generalizadas, erupções medicamentosas, exantema viral, sífilis, psoríase e escabiose devem ser consideradas.

[Fig-31]

[Fig-32]

[Fig-14]

[Fig-33]

[Fig-34]

Deve-se dar uma maior atenção às áreas a seguir.

- Cabeça e couro cabeludo: descamação e placas sugerem psoríase ou dermatite seborreica; alopecia "roída por traças" pode ser observada em sífilis secundária.

[Fig-14]

[Fig-17]

- Face e boca: descamação pode ser observada em dermatite seborreica, afetando principalmente as sobrancelhas, o sulco nasolabial e as bochechas. Quando há aumento da pigmentação, fotodermatite é considerada. A boca pode mostrar leucoplasia pilosa oral, candida e/ou sarcoma de Kaposi (SK). Estomatite aftosa e herpes simples podem causar úlceras orais. Cílios alongados (isto é, tricomegalia) foram relatados como associados à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).[\[55\]](#)

[Fig-17]

[Fig-9]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-10]

[Fig-13]

- Tronco: pápulas ou pústulas foliculares podem estar presentes. Se houver muita coceira, a foliculite eosinofílica é considerada.

[Fig-3]

- Membros: com pápulas e nódulos escoriados, prurigo nodular ou erupção pruriginosa papular do HIV deve ser considerado.

[Fig-11]

[Fig-6]

- Mão e pés: se erupções escamosas são observadas, psoríase, eczema ou tinea é uma causa provável. Sulcos escabiotícicos podem estar presentes entre os espaços interdigitais; se forem hiperqueratóticos, a escabiose crostosa talvez esteja presente. O amarelamento e o espessamento das unhas são comuns em pessoas infectadas por HIV com dermatofitose. As irregularidades ungueais têm sido observadas com o uso de determinados inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeos e inibidores da protease e são comuns em psoríase.

[Fig-15]

[Fig-16]

[Fig-33]

[Fig-34]

- Genitália: as alterações associadas ao papilomavírus humano, benignas e malignas, devem ser examinadas. Úlceras ou fissuras na área anorretal podem ser um sinal do envolvimento do vírus do herpes simples (HSV). A manifestação anal das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) deve ser considerada na presença de úlceras genitais. Pápulas umbilicadas na virilha ou em áreas anorrectais podem ser molusco contagioso. A descamação na fenda glútea pode ser um sinal de psoríase.

[Fig-24]

[Fig-14]

- Generalizadas: a avaliação de linfadenopatia pode detectar linfadenopatia generalizada persistente.

Investigações de doença de pele associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Muitas condições não precisam de investigação, pois o diagnóstico fica evidente na história e no exame físico. Além disso, os pacientes devem ter contagem de CD4, carga viral de HIV e sorologia de sífilis recentes.

Em alguns pacientes, os seguintes exames devem ser realizados.

- Se houver suspeita de infecção, culturas e coloração de Gram deverão ser realizadas.
- A biópsia de pele pode ser útil quando a confirmação histopatológica é necessária, como nos casos de malignidade, ou quando uma nova avaliação pode ajudar no diagnóstico.
- A avaliação microscópica de raspagens de pele com hidróxido de potássio é feita quando há suspeita de tinta.
- O rastreamento de porfiria descarta outras causas de fotossensibilidade.
- A sorologia de hepatite avalia prurido ou prurigo nodular.

- O teste de anticorpo de fluorescência direta é realizado quando há suspeita de vírus do herpes simples (HSV) ou vírus da varicela-zóster (VZV).
- O esfregaço de Tzanck é realizado quando há suspeita de HSV ou VZV.
- Os lipídeos em jejum são medidos quando há suspeita de lipodistrofia relacionada ao HIV.
- A glicemia de jejum é medida quando há suspeita de lipodistrofia relacionada ao HIV.
- Rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (assintomáticas) (gonorreia, clamídia, papilomavírus humano [HPV]).

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Psoríase

Dermatite seborreica

Dermatite atópica

Xerose

Dermatite perioral

Acne vulgar

Papilomavírus humano (HPV) - verrugas ou condilomata acuminata

Vírus do herpes simples (HSV)

Vírus da varicela-zóster (VZV)

Foliculite

Sífilis (*Treponema pallidum*)

Escabiose

Picadas de insetos

Cândida

Carcinoma basocelular (CBC)

Lipodistrofia relacionada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Lesões ungueais

Gonorreia

Clamídia/linfogranuloma venéreo (LGV)

Úlceras aftosas

Incomum

Fotodermatite

Prurigo nodular (PN)

Erupção pápulo-pruriginosa (EPP) do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Foliculite eosinofílica (FE)

Manifestações cutâneas de artrite reativa (doença de Reiter)

Vírus do molusco contagioso

Leucoplasia pilosa oral (LPO) (vírus Epstein-Barr)

Vírus da imunodeficiência humana (infecção primária ou aguda)

Impetigo bolhoso

Ectima

Botriomicoses

Angiomatose bacilar

Leishmaniose

Dermatofitose

Sarcoma de Kaposi

Melanoma

Carcinoma de células escamosas

Erupção cutânea morbiliforme

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

Necrólise epidérmica tóxica/Síndrome de Stevens-Johnson

Síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)

Cancroide

Incomum

Carcinoma de células de Merkel

Leiomiossarcoma

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Psoríase

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|---|--|
| geralmente história familiar que envolve parentes de primeiro grau; as placas podem ser pruriginosas; história de melhora quando a pele é exposta à luz do sol; a maioria dos casos associados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) se manifesta logo depois da infecção por HIV | placas vermelhas e ressecadas com margens bem definidas e escamas grossas, lamelares e prateadas nas superfícies extensoras ou nas áreas flexurais; com contagens de CD4 mais baixas, pode ser mais extensa e grave; [56] possível depressão e distrofia nas unhas, e artrite | » nenhuma: o diagnóstico é clínico | » contagem de CD4: pode ser baixa (isto é, <200 células/mm ³ se a psoríase for grave) Se a psoríase agravar repentinamente, considere a possível piora da imunossupressão com o monitoramento dos marcadores de infecção do HIV. |

◊ Dermatite seborreica

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|---|
| ocorre principalmente no couro cabeludo (couro cabeludo descamado), geralmente crônico, pode ser leve ou moderadamente pruriginosa | descamação laranja, rosa ou vermelha mal definida no couro cabeludo, nas sobrancelhas, no bigode, na barba, no nariz, nos sulcos nasolabiais, nas bochechas, na virilha e na fenda glútea; com menos frequência, no meio do tórax e na genitália; aparência oleosa | » nenhuma: o diagnóstico é clínico | » contagem de CD4: pode estar baixo Se a erupção cutânea for extensa ou resistente a tratamentos tópicos padrão, a contagem de CD4 provavelmente é baixa e pode requerer monitoramento. » exame microscópico direto com hidróxido de potássio (KOH): hifas presentes com envolvimento da tinha, ou sem hifas quando a tinha está ausente O exame de KOH pode ser realizado para descartar o envolvimento da tinha. Esse exame pode ser |

Comum

◊ Dermatite seborreica

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|--|
| | | | útil especialmente quando as lesões estão localizadas no tórax e na virilha ou em pacientes significativamente imunocomprometidos. |

◊ Dermatite atópica

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|-----------------------------------|---|
| pele pruriginosa; lesões vermelhas geralmente nos braços e nas pernas; pode ter evolução crônica; a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode desencadear crises ou manifestações; com o avanço da doença por HIV, os adultos com história prévia de atopia podem ter recorrência[61] | pápulas isoladas e escoriadas de 2 a 4 mm; os casos crônicos também podem envolver placas endurecidas misturadas de pele espessa (liquenificação) que afetam áreas flexurais, face, pescoço e mãos; xerose generalizada; possível alteração pigmentar pós-inflamatória | »nenhuma: o diagnóstico é clínico | »contagem de CD4: <200 células/mm ³ O envolvimento da lesão pode ser persistente mesmo após a otimização da terapia antirretroviral e a melhora da celularidade CD4+. |

◊ Xerose

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|-----------------------------------|--|
| possível excesso de banho ou uso de desodorante ou sabonetes antibacterianos; pode ser mais grave no inverno e associado à dermatite; geralmente prurido generalizado;[62] as pessoas com rinite alérgica, asma ou dermatite atópica prévia são mais suscetíveis; | superfície irregular, descamação fina, ocasionalmente pequenas rachaduras; costuma aparecer na parte posterior dos braços e nas pernas; geralmente no queixo, com aparência rachada típica; possível espessamento da palma da mão e da sola do pé especialmente nos casos crônicos | »nenhuma: o diagnóstico é clínico | »contagem de CD4: <200 células/mm ³ Os pacientes que seguem a terapia antirretroviral têm menor probabilidade de desenvolver xerose que os pacientes que não seguem essa terapia. Maior prevalência de xerose naqueles com |

Comum**◊ Xerose**

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|---|-------|----------|--|
| associado à síndrome de emaciação por infecção pelo vírus HIV; a xerose grave geralmente ocorre com diarreia crônica ou má absorção[18] | | | contagem de CD4 <200 células/mm ³ .[63] |

◊ Dermatite perioral

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|--|--|--|---------------|
| erupção cutânea vermelha ao redor da boca, mais comum em mulheres; geralmente não é pruriginosa, mas pode estar associada a uma leve sensação de ardência; geralmente há história recente de uso de corticosteroide tópico na face | pápulas eritematosas e pústulas às vezes com descamação; geralmente forma um halo claro ao redor dos lábios; 3 a 5 mm de diâmetro; uma erupção semelhante (dermatite periorbital) tem sido descrita ao redor dos olhos | » nenhuma: o diagnóstico é clínico Os testes não são recomendados rotineiramente. | |

◊ Acne vulgar

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|---|---|--|---|
| os surtos costumam ser observados assim que a terapia antirretroviral é iniciada e os pacientes ficam imunologicamente resistentes; importante para diferenciar de foliculite eosinofílica (FE); a FE está mais associada a prurido extremo | erupção vermelha das lesões pápulo-pustulosas principalmente na face e costas; a presença de comedões (cravos pretos) pode ajudar a distinguir entre acne vulgar e FE | » nenhuma: o diagnóstico é clínico Os testes não são recomendados rotineiramente. | » contagem de CD4: geralmente >200 células/mm ³ Os surtos são comuns em pessoas infectadas por vírus da imunodeficiência humana (HIV), especialmente conforme as pessoas tratadas com terapia antirretroviral ficam imunologicamente resistentes e o corpo pode apresentar uma resposta inflamatória; consequentemente, |

Comum

◊ Acne vulgar

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|---|
| | | | não é comum ver a acne vulgar em pacientes com baixas contagens de CD4. |

◊ Papilomavírus humano (HPV) - verrugas ou condilomata acuminata

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|--|--|
| comum em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e pode ser mais difícil de tratar conforme o HIV progride | pápulas verrucosas principalmente nas mãos, na região genital, na face ou nos pés; a papulose bowenoide envolve pápulas achatadas, sésseis e hiperpigmentadas que variam de milímetros a vários centímetros de diâmetro geralmente na região genital; epidermodisplasia verruciforme presente com envolvimento extenso das lesões que parecem verrugas achatadas, geralmente no pescoço, no dorso da mão, na face e nos membros; o envolvimento pode ficar extenso o suficiente para ser confluinte | » nenhuma: o diagnóstico é clínico Em quase todos os casos, história e exame físico apenas são suficientes para fazer o diagnóstico de verrugas comuns. | » esfregaço de Papanicolau cervical/anal: os resultados citológicos fazem o rastreamento de displasia O modelo de custo-efetividade sugere monitoramento com esfregaço de Papanicolau anal em pacientes HIV (vírus da imunodeficiência humana) positivos uma vez ao ano.[65] » biópsia: a atipia celular pode indicar papulose bowenoide Limite baixo para fazer a biópsia de lesões genitais sésseis ou achatadas. |

◊ Vírus do herpes simples (HSV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|--|--|
| herpes labial doloroso recorrente principalmente nas áreas orogenital e nasal; as lesões podem romper, formar | vesículas agrupadas ou lesões erodidas impetiginizadas; com o avanço do vírus da imunodeficiência humana (HIV), as | » cultura viral por herpes simples: vírus detectado | » teste de anticorpo fluorescente direto: identifica o tipo de vírus se for positivo » biópsia de pele: alterações virais |

Comum

◊ Vírus do herpes simples (HSV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|---|---|
| crostas e cicatrizar em 7 a 10 dias; as lesões não tratadas podem aumentar lentamente; com o avanço da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), o herpes pode ficar crônico e persistente[66] | lesões podem ficar com alguns centímetros de diâmetro; o HSV sempre deve ser considerado em pacientes HIV-positivos com ulceração nas regiões anogenitais | Os swabs podem ser negativos devido à contaminação. | Deve ser considerado com lesões sem resposta clínica à terapia. » esfregaço de Tzanck: células gigantes multinucleadas Rápido, mas inespecífico; é necessário coletar amostras das lesões agudas. |

¶ Vírus da varicela-zóster (VZV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|--|--|
| a maioria dos pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tiveram varicela anteriormente, a qual se manifestará como varicela-zóster em contagens de CD4 relativamente normais; pródromo da sensação incluindo parestesia ou dor em um dermatomo que pode durar de 2 a 7 dias, seguido por erupção vesicular agrupada; o comprometimento ocular é grave, pois pode causar diminuição temporária ou permanente da acuidade visual ou até mesmo cegueira, exigindo avaliação e tratamento oftalmológicos; as vesículas duram cerca de 2 a 3 semanas; a dor associada às | erupção cutânea dermatomal com pústulas vesiculosa em uma base eritematosa ou, em casos mais graves, pústulas bolhosas, hemorrágicas, necróticas e sensíveis; a disseminação é rara,[69] porém mais comum que o vírus do herpes simples (HSV) disseminado; se o envolvimento for crônico, as lesões poderão parecer hiperqueratóticas, verrucosas ou ectimatosas;[70] [71] [72] em infecção primária, as vesículas podem estar localizadas no corpo todo, incluindo áreas expostas ao sol, tronco, face e mucosa oral | » nenhuma: geralmente o diagnóstico é clínico | » cultura viral: positivo para VZV na cultura Positivo em <50% das amostras, mas pode ajudar na distinção de outros patógenos virais.[16] Pode levar 21 dias para se obter um resultado positivo. » esfregaço de Tzanck: células gigantes multinucleadas Inespecífico (também pode ser vírus do herpes simples [HSV]). » teste de anticorpo fluorescente direto: confirma a infecção e o tipo de vírus » anticorpos IgA (imunoglobulina A), IgM (imunoglobulina |

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.

21

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 exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Vírus da varicela-zóster (VZV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|-------|----------|---|
| lesões também dura de 2 a 3 semanas; se as lesões envolverem áreas necróticas, o curso temporal poderá se estender para ≥6 semanas e envolver cicatrização com dor intensa que pode durar meses; em infecção por varicela primária, diferente da catapora típica, o envolvimento da varicela pode ser grave com comprometimento visceral, especialmente em crianças[67] [68] | | | M) e IgG (imunoglobulina G) contra VZV: positiva |

◊ Foliculite

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|---|---------------|
| erupção cutânea folicular em áreas pilosas; pode ser pruriginosa | pústulas foliculares no tronco, nas axilas, na face e na virilha; ocasionalmente, o envolvimento dos folículos pode se transformar em abscessos; quando grandes áreas são envolvidas, às vezes, uma placa violácea pode se manifestar | » cultura e coloração de Gram: geralmente positivo para <i>Staphylococcus aureus</i> ; pode ser positivo para <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina (MRSA) Se for negativo, considere foliculite por <i>Pityrosporum</i> ou foliculite devida a corticosteroides exógenos. | |

◊ Sífilis (*Treponema pallidum*)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|--|
| uso de metanfetamina,[32] [33] trabalho sexual, uso limitado ou ausente de preservativos e uso de | úlcera levemente endurecida e não sensível (cancro primário) na pele genital ou | » reagina plasmática rápida (RPR): positiva em pessoas com sífilis O exame de sífilis e a sorologia devem | » teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) sérico: positivo em pessoas com sífilis |

Comum

◊ Sífilis (*Treponema pallidum*)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|--|--|
| substâncias; [26] [34] em homens, fazer sexo com outros homens [30] [31] | mucocutânea; alopecia em placas; osteocondrite esternal; lesões papulares escamosas no tronco, na palma das mãos, na sola dos pés e nas superfícies mucosas (secundário); [81] [82] [83] uveíte; [84] nódulos verrucosos ou hiperqueratóticos e lues maligna nódulo-ulcerativa; [85] linfadenopatia | ser feitos de acordo com as diretrizes e os laboratórios locais. [86] [87] | recente e primária; o título diminui com tratamento adequado; falta de sensibilidade nos estágios finais da sífilis O exame de sífilis e a sorologia devem ser feitos de acordo com as diretrizes e os laboratórios locais. [86] [87] |

◊ Escabiose

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|--|---|
| prurido grave entre os dedos, na linha da cintura e na região genital; o prurido geralmente interfere o sono; risco de infecção para parceiros, membros da família ou outras pessoas com quem o paciente tem contato; costuma ser mais florido em pacientes infectados por vírus da imunodeficiência humana (HIV); os pacientes com baixas contagens de CD4 podem ter escabiose com crosta que tende a ser minimamente pruriginosa e extremamente infecciosa | pápulas escoriadas disseminadas na região genital, no espaço interdigital das mãos e dos pés, nas axilas e nos mamilos; a inspeção rigorosa pode revelar sulcos nas áreas afetadas; também pode se manifestar como escabiose com crostas e placas hiperqueratóticas que são menos pruriginosas e costumam ter ácaros; [88] diferente do que ocorre naqueles sem infecção por HIV, o envolvimento acima do pescoço é possível em pacientes infectados por HIV | » microscopia de raspagens da pele: visualização de ácaros, ovos ou fezes de escabiose de Sarcoptes Se for negativo, mas com forte índice de suspeita, os pacientes geralmente são tratados de forma empírica. | » biópsia de pele: pode mostrar ácaros ou hipersensibilidade dérmica |

Comum

◊ Picadas de insetos

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|-------------------------------|--|---------------|
| pápulas pruriginosas; história de exposição ambiental, a animais ou pulgas; no sul dos EUA, a exposição ao mosquito pode ser a etiologia mais prevalente[89] [90] | pápulas escoriadas urticantes | » nenhuma: o diagnóstico é clínico Os testes não são recomendados rotineiramente. | |

◊ Cândida

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|---|
| uma erupção vermelha que costuma afetar áreas intertriginosas, virilha, axilas e áreas anogenitais ou inframamárias; a candidíase bucal também é comum em vírus da imunodeficiência humana (HIV); também pode envolver as unhas; história de exposição frequente à água ou em partes úmidas do corpo; geralmente não pruriginosa, o que pode ajudar a diferenciar infecções por candida de tinta | erupção eritematosa levemente erodida com pústulas satélites, às vezes com cobertura branca e fissuras; na orofaringe, manifesta-se como pápulas caseosas eritematosas ou brancas e placas que também podem ter erosões e envolver o esôfago (isto é, candidíase);[91] a candidíase pode ser diferenciada da leucoplasia pilosa oral, pois as placas de candidíase podem ser raspadas com muito mais facilidade da língua; também pode envolver fissuras e crostas nos cantos da boca (queilita angular); com comprometimento ungueal, costuma se manifestar com envolvimento e inflamação do tecido ao redor (paroníquia), com vermelhidão e sensibilidade da dobra ungueal proximal; também pode ocorrer onicólise, embora a lámina ungueal não costume ser envolvida; | » esfregaço para microscopia: resultados positivos para hifas de Candida | » cultura: para descartar Candida glabrata e C. krusei » contagem de CD4: pode estar baixo |

Comum

◊ Cândida

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|---|----------|---------------|
| | não é comum ver uma tonalidade esverdeada nas unhas, o que implica infecção pseudomônica concomitante | | |

☒ Carcinoma basocelular (CBC)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|--|
| tumor que não cicatriza na área exposta ao sol; os fatores de risco incluem pele clara, exposição ao sol prévia significativa, idade e maior duração da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) | geralmente se manifesta nas costas ou no tórax como placas com descamação que podem não cicatrizar e podem sangrar ou erodir; nodular: geralmente um ou alguns nódulos cerosos ao redor de uma depressão central, possivelmente com sangramento, crostas ou ulceração com telangiectasias; morfeico: placa esclerótica branca com telangiectasia; superficial: diferente das outras formas de CBC, pode aparecer no tronco ou nos membros, bem como na cabeça ou no pescoço como uma lesão em forma de psoríase com escama e telangiectasia; geralmente diagnosticada incorretamente como eczema ou psoríase; pigmentado: CBC nodular com pigmentação marrom ou preta; muitos subtipos de CBC têm bordas arredondadas, | » biópsia de pele: pode incluir células apoptóticas e necrose das células tumorais individuais; pode ter ulceração epidérmica e elastose solar Útil no planejamento do tratamento definitivo. | » contagem de CD4: qualquer nível O tumor se desenvolve em todo o espectro de CD4. |

Comum

 Carcinoma basocelular (CBC)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|---|----------|---------------|
| | o que pode ajudar a diferenciar CBCs de outras lesões | | |

◊ Lipodistrofia relacionada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|---------------|
| associada ao uso do inibidor da transcriptase reversa de nucleosídeos e do inibidor da protease; perda gradual da gordura subcutânea e ganho de gordura visceral; desenvolvimento de defeitos metabólicos incluindo resistência insulínica e dislipidemia; os fatores de risco cardiovasculares devem ser documentados[94] | perda de gordura no maxilar, nas nádegas e nas áreas periféricas; ganho de gordura no centro do tronco, no pescoço e na parte superior das costas; aparência saliente de veias nos membros | <p>»lipídios em jejum: dislipidemia envolvendo aumento do lipoproteína de baixa densidade (LDL), diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) e aumento dos triglicerídeos é geralmente observada</p> <p>Lipídios e glicose podem estar alterados e exigir terapia.[95]resistente.</p> <p>»glicemia de jejum: glicemia de jejum elevada comum com lipodistrofia relacionada ao HIV [96]</p> | |

◊ Lesões ungueais

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| a onicomicose costuma ser observada em atletas; indinavir pode causar paroníquia, mas ele não costuma ser mais usado; a pigmentação escura da unha é comum com o uso de azidotimidina | amarelamento e espessamento da unha; vermelhidão dolorosa e edema na lateral da unha; pigmentação escura | <p>»esfregaço de hidróxido de potássio: hifas (ramificação, filamentos em forma de bastonete com largura uniforme e septo)</p> | <p>»cultura: crescimento das espécies de dermatófitos</p> |

Comum

◊ Gonorreia

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|--|--|
| relação sexual sem proteção nas últimas 2 semanas, ardência ao urinar, secreção peniana ou corrimento vaginal, dor pélvica | secreção peniana ou corrimento vaginal, proctite, considerar infecções faríngeas ou anais assintomáticas; complicações: artrite, blefarite, sepse | <ul style="list-style-type: none"> »coloração de Gram: diplococos intracelulares Gram-negativos em leucócitos polimorfonucleares (LPMNs) »cultura: cultura positiva em ágar chocolate »teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT): positivo para gonorreia | <ul style="list-style-type: none"> »teste de HIV: pode ser positiva Teste de rotina para excluir o HIV. O tempo para a soropositividade para HIV com um ensaio imunoenzimático (EIE) de terceira geração pode ser >21 dias. »Venereal Disease Research Laboratory (VDRL): pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de VDRL ou reagina plasmática rápida (RPR) pode demorar até 3 meses para ser positivo. »teste de RPR sérica: pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de RPR ou VDRL pode demorar até 3 meses para ser positivo. |

◊ Clamídia/infogranuloma venéreo (LGV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| relação sexual sem proteção, dor ao urinar, proctite, edema dos linfonodos inguinais, cervicite, dor pélvica, infertilidade; geralmente assintomática | secreção peniana, úlceras genitais; a proctoscopia pode revelar proctite | <ul style="list-style-type: none"> »teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) nos swabs faríngeos, anais ou cervicais ou no primeiro jato de urina: positiva | <ul style="list-style-type: none"> »teste de HIV: pode ser positiva Teste de rotina para excluir o HIV. O tempo para a soropositividade para HIV com um ensaio |

Comum

◊ Clamídia/infogranuloma venéreo (LGV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|---|
| | | | <p>imunoenzimático (EIE) de terceira geração pode ser >21 dias.</p> <p>» Venereal Disease Research Laboratory (VDRL): pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de VDRL ou reagina plasmática rápida (RPR) pode demorar até 3 meses para ser positivo.</p> <p>» teste de RPR sérica: pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de RPR ou VDRL pode demorar até 3 meses para ser positivo.</p> <p>» reação em cadeia da polimerase para vírus do herpes simples (HSV) e culturas virais: geralmente negativas; positivas em coinfecção por herpes Para excluir HSV como diagnóstico diferencial ou coinfecção.</p> |

◊ Úlceras aftosas

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|--|--|
| baixa contagem de células CD4 e alta carga viral são fatores | úlceras pequenas são as mais comuns e medem <10 mm e duram, em média, de 10 a 14 dias; úlceras | » nenhuma: geralmente o diagnóstico é clínico | » cultura viral de vírus do herpes simples (HSV) e reação em cadeia da polimerase: negativo |

Comum

◊ Úlceras aftosas

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|-----------------------------|---|----------|--|
| de risco para úlceras orais | grandes (10-30 mm) duram por semanas e meses; os tipos herpetiformes (1-3 mm) podem ser diversos em número (até 100 úlceras por episódio) | | Exclui herpes simples. »biópsia de pele: infiltrado inflamatório sem evidência de malignidade Solicitada quando há suspeita de úlcera maligna. Uma única úlcera que dura mais de 3 semanas pode representar uma malignidade. |

Incomum

◊ Fotodermatite

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| exposição da pele ao sol; maior probabilidade em pacientes com pigmento de fundo; pode resultar de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou medicamentos como sulfametoxazol/trimetoprima, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), doxiciclina; a descontinuação do fotossensibilizador pode não causar remissão | manchas eritematosas ou escuras e placas no dorso das mãos exposto ao sol, antebraços extensores, lateral do pescoço e face; pode ser observado com edema; pode se manifestar como vesículas ou nódulos pruriginosos | »porfirinas feacais: normal Em pacientes que apresentam fotodermatite, a porfiria cutânea tardia deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Em porfiria cutânea tardia, as porfirinas são elevadas. A porfiria cutânea tardia é observada em pacientes com doença hepática crônica. | »porfirinas plasmáticas totais: normal Em pacientes que apresentam fotodermatite, a porfiria cutânea tardia deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Em porfiria cutânea tardia, as porfirinas são elevadas. A porfiria cutânea tardia é observada em pacientes com doença hepática crônica. »porfirinas urinárias totais: normal Em pacientes que apresentam fotodermatite, a porfiria cutânea tardia deve |

Incomum

◊ Fotodermatite

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|---|
| | | | <p>ser considerada no diagnóstico diferencial. Em porfiria cutânea tardia, as porfirinas são elevadas. A porfiria cutânea tardia é observada em pacientes com doença hepática crônica.</p> <p>»contagem de CD4: pode estar baixo Se a erupção cutânea for extensa ou resistente a tratamentos tópicos padrão, a contagem de CD4 provavelmente é baixa e pode requerer monitoramento.</p> |

◊ Prurigo nodular (PN)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|---------------|
| moderada a gravemente pruriginoso; o prurido geralmente é difícil de controlar; às vezes associado a coinfecção por hepatite B ou C; o paciente talvez esteja usando metanfetamina (cristal) ou cocaína (crack) | nódulos escoriados em forma de domo principalmente nas áreas fotoexpostas dos membros; pode envolver o tronco em uma extensão menor; disperso no meio das costas; os nódulos geralmente são bilaterais e simétricos; hiperpigmentação e/ou hipopigmentação (cicatrização) | <p>»antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) sérico: positivo quando há coinfecção por hepatite B</p> <p>Prurido e PN costumam ser observados em coinfecção por HIV e hepatite.</p> <p>»anticorpos antivírus da hepatite C (anti-HCV) séricos: positivo quando há coinfecção por hepatite C</p> <p>Prurido e PN costumam ser observados em</p> | |

Incomum

◊ Prurigo nodular (PN)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|---|---------------|
| | | <p>coinfecção por HIV e hepatite.</p> <p>»contagem de CD4: pode estar baixo O PN geralmente se manifesta em pacientes que têm contagens de CD4 <100 células/mm³.[50]</p> | |

◊ Erupção pápulo-pruriginosa (EPP) do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|--|---|
| diversas lesões pruriginosas; história de mordida de inseto; ^[8] o paciente pode se originar da África, do Haiti, do Brasil ou da Tailândia, onde a condição é mais comum; pode ser o sinal manifesto do HIV | as pápulas podem ser eritematosas e escoriadas, e são menores que as pápulas de prurigo nodular; costumam aparecer inicialmente nas superfícies extensoras dos membros; às vezes podem envolver tronco e face ^{[57] [58] [59] [60]} | » contagem de CD4: varia A erupção pápulo-pruriginosa (EPP) pode ocorrer em qualquer contagem de CD4, mas a condição se agrava conforme a contagem de CD4 diminui. | » biópsia de pele: pode mostrar reação à mordida de inseto Pode ser útil para diferenciar EPP de outras condições pruriginosas da pele. Geralmente, a EPP afeta pacientes em áreas de poucos recursos onde o acesso à biópsia pode ser limitado. |

◊ Foliculite eosinofílica (FE)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| a erupção pode ter começado com a terapia antirretroviral ^[52] | nódulos e pápulas foliculares urticantes edematosos na face, no couro cabeludo, no pescoço e na parte superior do tronco; eritema circundante mínimo ou ausente; gravemente pruriginoso; as lesões | » biópsia de pele: infiltrado perifolicular de células mononucleares e eosinófilos no nível da glândula sebácea Geralmente, o diagnóstico clínico pode ser feito, mas a biópsia de pele | » Hemograma completo: leucocitose e eosinofilia » contagem de CD4: <250 células/mm ³ Observado em contagens de CD4 <250 células/mm ³ ou na contagem de |

Incomum

◊ Foliculite eosinofílica (FE)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|--|---|--|
| | primárias podem ser escoriadas; pústulas ocasionalmente presentes; importante para diferenciar de acne vulgar, que não é pruriginosa | pode ser útil no caso de aparência atípica ou para distinguir de outras causas de foliculite. | CD4 rapidamente crescente de um paciente submetido à reconstituição imunológica com baixo nadir. |

◊ Manifestações cutâneas de artrite reativa (doença de Reiter)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| tríade de artrite, conjuntivite e uretrite, com uma dessas condições ocorrendo primeiro; o paciente pode ser positivo para antígeno leucocitário humano (HLA)-B27; possível história familiar positiva; artrite geralmente assimétrica, afetando as articulações periféricas que sustentam o peso; costuma ocorrer após infecção geniturinária ou gastrointestinal; pode ocorrer em conjunto com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); os sintomas de artrite reativa podem aparecer simultaneamente com os sintomas de infecção por HIV ou ocorrer logo após a infecção por HIV ficar sintomática[13] [19] | pústulas superficiais na palma da mão e na sola do pé que ressecam para formar pápulas queratóticas (ceratodermia blenorragica); sulcos horizontais nas unhas e aparência de detritos subungueais; durante as crises graves, a distrofia ungueal pode piorar, de modo que a lámina ungueal pode parecer ausente; placas eritematosas com aparência e histologia semelhantes podem se manifestar nas axilas e na virilha; a glande pode estar coberta por uma erupção ressecada e bem delimitada com uma borda lesional definida, conhecida como balanite circinada, que, nos homens incircuncisos, mimetiza a candidíase; erosões orais que são assintomáticas e efêmeras ao longo da língua geográfica com manchas brancas às vezes estão presentes | »Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado »proteína C-reativa: elevado | »exame microscópico direto com hidróxido de potássio (KOH; comprometimento da glande): positiva para hifas de Candida A balanite circinada mimetiza a candidíase em homens incircuncisos, mas terá um teste de levedura negativo. »HLA (antígeno leucocitário) B27: positivo em 75% dos pacientes |

Incomum**◊ Vírus do molusco contagioso**

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|---|---------------|
| as lesões podem ser poucas ou várias; envolvimento extenso (>100 lesões) ou mucocutâneo geralmente indica imunossupressão grave; na área da barba, o ato de barbear pode disseminar as lesões; ^[64] as lesões de imunossupressão podem ser persistentes e desfigurantes; peniciliose | pápulas lisas, brilhantes, peroladas e em forma de domo com umbilicação central; as lesões irritadas podem desenvolver crostas sobrepostas, geralmente na face, na genitália e no tronco; as pápulas costumam ter de 3 a 5 mm de diâmetro, mas outras lesões podem crescer até 1 a 1.5 cm de diâmetro | » contagem de CD4: <100 células/mm ³ Muito incomum observar em pacientes com alta contagem de CD4. | |

◊ Leucoplasia pilosa oral (LPO) (vírus Epstein-Barr)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|--|
| lesões brancas geralmente assintomáticas na língua | placas brancas mal demarcadas, corrugadas e não sensíveis; borda fina; geralmente na borda lateral da língua; diferente da candidíase oral, a LPO não pode ser removida com raspagem | » nenhuma: o diagnóstico é clínico | » contagem de CD4: pode ocorrer em qualquer contagem de CD4 » biópsia por escova: variável; pode sugerir displasia epitelial; possíveis falsos-negativos Uma biópsia oral por escova pode ser utilizada para detectar displasias entre lesões orais comuns, de aparência inofensiva e não suficientemente sugestivas para exigir uma biópsia com bisturi. A coleta da amostra é simples, causa pouca ou nenhuma dor ou sangramento e não requer anestesia. |

Incomum

◊ Leucoplasia pilosa oral (LPO) (vírus Epstein-Barr)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|---|
| | | | <p>O relatório de patologia recomendará uma biópsia incisional convencional se anormalidades significativas forem detectadas.</p> <p>» coloração vital: destaca áreas displásicas para guiar a seleção do local de biópsia Pode ser útil especialmente quando há "alterações de campo" disseminadas.</p> <p>» esfregaço superficial da lesão para microscopia: variável; pode apresentar hifas de Candida Útil na determinação de qualquer Candida associada.</p> |

◊ Vírus da imunodeficiência humana (infecção primária ou aguda)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|---|---|
| pode ser assintomática ou se manifestar com sintomas tipo gripe, linfadenopatia, faringite e exantema no tórax, nas costas, na boca e nas áreas genitais; a frequência da erupção cutânea pode ser alta (50%);[73] [74] [75] [76] [77] [78] geralmente não pruriginosa | máculas e pápulas distintas na parte superior do tronco, bem como úlceras orais e genitais;[79] [80] pode envolver a palma das mãos e a sola dos pés | » ácido ribonucleico (RNA) do HIV plasmático: positiva | » exame de anticorpo anti-HIV (vírus da imunodeficiência humana): negativo O exame de anticorpo anti-HIV pode levar até 6 meses para ser positivo após a infecção primária. |

Incomum

◊ Impetigo bolhoso

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|---|---------------|
| pode ser mais prevalente em clima quente e úmido; vesículas com crostas amarelas nas axilas ou na virilha | vesículas superficiais flácidas ou erosões que podem ter crostas amareladas; envolve as axilas ou a virilha | » cultura e coloração de Gram: na maioria das vezes positiva para <i>Staphylococcus aureus</i> | |

◊ Ectima

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|---------------|
| associado a história de uso de drogas intravenosas e má higiene | pele levemente ulcerada ou erodida com crostas nos membros inferiores, geralmente na canela ou no dorso dos pés; a fase inicial pode envolver uma vesícula ou pústula vesiculosa | » cultura e coloração de Gram: na maioria das vezes positiva para <i>Staphylococcus aureus</i> | |

◊ Botriomicoses

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| crônico e indolente; associado a vírus da imunodeficiência humana (HIV) e diabetes mellitus | nódulos purulentos e com crosta com seios que podem envolver grânulos de enxofre; os nódulos com crosta podem estar sobrepostos a cicatrizes atróficas | » cultura e coloração de Gram: na maioria das vezes positiva para <i>Staphylococcus aureus</i> As sensibilidades orientarão o tratamento. | » biópsia de pele: a patologia revela "clubes" ou corpos granulares de 1 mm a 3 mm geralmente com uma reação inflamatória crônica inespecífica que pode incluir fibrose |

◊ Angiomatose bacilar

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| história de exposição a gatos e pulgas (<i>Bartonella henselae</i>) ou condições de higiene insatisfatórias; o paciente pode se originar da América do Sul, da Europa, da | pápulas, úlceras ou nódulos roxos ou vermelhos carnudos e friáveis que costumam sangrar com facilidade; as lesões podem ser rodeadas por uma colarete de | » biópsia: estroma edematoso e neutrófilos agrupados com proliferação capilar lobular, ^[7] e com colônias de bactérias que podem ser visualizadas com | » cultura e coloração de Gram: presença de <i>Bartonella henselae</i> ou <i>Bartonella quintana</i> » sorologia do sangue: Título para <i>Bartonella</i> positivo |

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 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Angiomatose bacilar

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|--|--|
| Índia ou da África; [21] [22] [23] [24] [25] associado a febre, sudorese noturna e perda de peso | escama; as lesões podem ser extensas; ocasionalmente, também se manifesta como edema subcutâneo da cor da pele | uma coloração de Warthin-Starry Talvez seja necessário solicitar a coloração de Warthin-Starry no laboratório de patologia. | »reação em cadeia da polimerase na lesão ou no soro: ensaio de reação em cadeia da polimerase positivo para Bartonella |

◊ Leishmaniose

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|--|---|
| história de viagem para ou residência em áreas endêmicas com exposição ao flebotomíneo: por exemplo, Espanha, ao redor do Mediterrâneo, [41] [42] Turquia, Irã, Arábia Saudita | varia de algumas lesões que melhoram espontaneamente a uma erupção difusa que não cicatriza e pode envolver o tecido mucocutâneo; as lesões começam com nódulos papulares indolentes e de crescimento lento que podem ficar verrucosos, furunculosos ou ulcerados; as lesões mucocutâneas podem começar como úlceras que evoluem para crostas secas com nova ulceração, geralmente envolvendo a cavidade nasal e o septo, mas com preservação dos ossos nasais; tendência de envolvimento nas áreas expostas; possível hiperpigmentação localizada ou difusa | » biópsia de pele: amastigotas nas lesões | » contagem de CD4: <200 células/mm ³ » biópsia da medula óssea: infiltrado inflamatório misto; pode ter amastigotas nos macrófagos Realizado quando há suspeita de envolvimento visceral. [38] » cultura de tecido: identificação de espécies de Leishmania A identificação de espécies de Leishmania afeta o tratamento. |

◊ Dermatofitose

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|
| aumento da variabilidade da | lesões anelares com escama periférica | » raspagem da pele com preparação | » contagem de CD4: condição observada |

Incomum**◊ Dermatofitose**

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|---|
| manifestação e da gravidade da doença em pacientes infectados por HIV | e transparência central nas áreas intertriginosas, especialmente entre os pododáctilos e nas axilas ou na virilha, mas pode ocorrer em qualquer parte do corpo; as manifestações atípicas incluem lesões escamosas numulares, ou pústulas em placas; o envolvimento da virilha pode ser levemente pruriginoso, mas costuma preservar o escroto; o comprometimento ungueal envolve o escurecimento ou amarelamento da unha com hiperceratose | com hidróxido de potássio (KOH) e visualização microscópica: presença de hifas fúngicas É necessário tomar cuidado para retirar escamas da borda ativa das lesões. | em todas as contagens de CD4 »cultura fúngica: identificação de espécies precisas |

☒ Sarcoma de Kaposi

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|---|
| mais prevalente em homens infectados por HIV que fazem sexo com homens; a malignidade associada ao HIV mais comum em adultos e crianças; ^[9] ^[10] hemoptise, disfagia ou hemorragia gastrointestinal pode implicar a necessidade de avaliação imediata do envolvimento visceral e a provável intervenção quimioterápica | pápulas, nódulos ou placas roxas vasculares escuras; podem ser solitárias, disseminados, agrupados ou em forma de zoster; o tamanho varia de milímetros a alguns centímetros; geralmente se manifesta nos membros, no tronco ou na orofaringe, mas pode afetar qualquer parte da superfície cutânea; linfedema ou linfadenopatia significa envolvimento sistêmico | »biópsia de pele: presença de células fusiformes, que são características das lesões vasculares A biópsia é necessária para distinguir de outras condições como angioma bacilar e para estabelecer o diagnóstico tecidual caso a intervenção quimioterápica seja necessária. | »contagem de CD4: baixo ou normal Costuma ser mais prevalente em contagens de CD4 mais baixas, mas também existem relatos de erupções mais indolentes que aparecem em pacientes com HIV positivo bem controlados. ^[92] |

Incomum

Melanoma

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|--|
| história familiar positiva; pele clara, olhos claros, cabelo loiro ou ruivo; história de exposição ao sol, muitas sardas e sofrer de queimaduras solares com facilidade; em melanoma lentiginoso de extremidades, grupo étnico asiático ou de pele escura | as lesões satisfazem os critérios ABCD: assimetria, irregularidade da borda, variação da cor, diâmetro (>6 mm); podem se manifestar como pedunculadas, polipoides, hiperqueratóticas ou amelanóticas; como mácula marrom com nódulo suplementar e possível sangramento e ulceração no local exposto ao sol (melanoma lentiginoso maligno); lesão multicolorida geralmente na parte superior das costas ou nas pernas (melanoma de disseminação superficial); lesões ulceradas e possivelmente nodulares nos pés e nas mãos (melanoma lentiginoso de extremidades), ou lesão vegetante, ulcerada e friável em forma de domo na área exposta ao sol (melanoma nodular) | » biópsia de pele: confirma o tipo de melanoma e a profundidade do tumor (espessura de Breslow) A biópsia de pele para avaliação da malignidade é indicada sempre que há suspeita de melanoma. A biópsia excisional deve ser realizada, onde for viável, com uma margem inicial de 1 a 3 mm. A espessura de Breslow orienta outras margens de excisão e a possível biópsia do linfonodo sentinel. | » contagem de CD4: qualquer nível Em pessoas infectadas por HIV, o melanoma pode ser mais agressivo que na população geral, independentemente da contagem de CD4. |

◊ Carcinoma de células escamosas

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|---|--|---|
| os fatores de risco incluem pele clara e exposição ao sol prévia significativa, idade e maior duração da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) | lesão distinta, rígida e que não cicatriza na área exposta ao sol; base elevada endurecida que pode evoluir até ficar nodular e ulcerada; mais comum na cabeça e no pescoço; também é mais comum no | » biópsia de pele: presença de figuras mitóticas, aumento do tamanho e do número de nucléolos, hipercromatismo nuclear, aumento nuclear | » contagem de CD4: qualquer nível O tumor se desenvolve em todo o espectro de CD4. |

Incomum

◊ Carcinoma de células escamosas

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|----------|--|----------|---------------|
| | dorso das mãos que o carcinoma basocelular | | |

◊ Erupção cutânea morbiliforme

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|---|--|--|---------------|
| fortemente associada ao uso de sulfametoazol/trimetoprima e outros antibióticos em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) | erupção morbiliforme, maculopapular difusa | » nenhuma: o diagnóstico é clínico Os testes não são recomendados rotineiramente. | |

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

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|--|--|--|---|
| pode ser observado com o uso de abacavir e dapsona; erupção cutânea com pelo menos 1 dos seguintes itens após 2 meses do início do medicamento, ou 3 dos seguintes itens sem erupção cutânea: cefaleia, sintomas gastrointestinais, sintomas respiratórios, mialgia, febre; a erupção cutânea pode ser dolorosa e/ou pruriginosa | febril; edema facial e eritema com erupção cutânea morbiliforme que se estende no tronco; linfadenopatia | » Hemograma completo: pode apresentar eosinofilia » TFHs: alterados com transaminite » função renal: creatinina elevada | » antígeno leucocitário humano (HLA)-B5701: pode ser positivo em pacientes com reação ao abacavir O resultado HLA-B5701 positivo deve ser excluído antes do uso de abacavir. [93] |

🚩 Necrólise epidérmica tóxica/Síndrome de Stevens-Johnson

| História | Exame | 1° exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| associado a medicamentos com sulfa, nevirapina, | as fases iniciais incluem vermelhidão difusa ou lesões | » biópsia de pele com análise de cortes de congelamento: | » hemoculturas: negativas em necrólise epidérmica tóxica/ |

Incomum

 Necrólise epidérmica tóxica/Síndrome de Stevens-Johnson

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| anticonvulsivantes, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), allopurinol; os sintomas tipo gripe podem aparecer alguns dias antes da erupção | maculares com centro purpúreo que podem diminuir, formar vesículas e descamar; as lesões geralmente começam no tronco ou na face e se disseminam para fora, e costumam envolver as superfícies mucosas | necrose de espessura máxima observada em necrólise epidérmica tóxica Ajuda a diferenciar da síndrome da pele escaldada estafilocócica. | síndrome de Stevens-Johnson Necessárias para descartar síndrome do choque tóxico e síndrome da pele escaldada, as quais apresentariam culturas positivas para as espécies de <i>Staphylococcus</i> ou <i>Streptococcus</i> . » Hemograma completo: os resultados dependem do estágio no qual os pacientes são trazidos para o exame e da gravidade da perda cutânea; os pacientes com necrólise epidérmica tóxica podem apresentar sepse e contagem de leucócitos elevada Se o hemograma completo exibir eosinofilia, considerar a síndrome da hipersensibilidade. A contagem de leucócitos poderá estar elevada se houver uma infecção de ferida ou sepse. » TFHs: anormalidades variáveis As anormalidades exatas nos resultados do teste da função hepática dependem da gravidade do envolvimento percentual da área |

Incomum

Necrólise epidérmica tóxica/Síndrome de Stevens-Johnson

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|----------|---|
| | | | <p>total de superfície corporal e da toxicidade do medicamento que desencadeou a síndrome de Stevens-Johnson ou a necrólise epidérmica tóxica.</p> <p>»gasometria arterial e saturação de oxigênio: hipoxemia, acidose A gasometria arterial e a saturação de oxigênio ajudam a determinar o estado clínico respiratório do paciente. Uma potencial complicaçāo da sobreposição síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica é o comprometimento da mucosa do trato respiratório inferior e superior, com formação de vesícula, ulceração e descamação mucosal real, que pode conduzir ao estridor laríngeo, com possíveis retracções e edema da nasofaringe.</p> |

◊ Síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|-------------------------------------|--|
| agravamento da condição geral ou nova infecção oportunista após o início da | pode apresentar características de retinite ou tuberculose por citomegalovírus | » ausência de primeiro exame | » contagem de células CD4: <50 células/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.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|--|--|--|
| terapia antirretroviral combinada; os pacientes com uma contagem de CD4 <50 células/microlitro têm risco maior[11] | (CMV), ambos os quais devem ser excluídos com as investigações relevantes antes do início da terapia antirretroviral; pode apresentar características de meningite criptocóica, leucoencefalopatia multifocal, sarcoma de Kaposi ou herpes-zóster durante as primeiras semanas de tratamento | específico de SIRI: o diagnóstico é clínico | resulta em risco maior de SIRI » exames para a exclusão de doenças oportunistas: condizente com a doença oportunista relevante Os exames para a exclusão de doenças oportunistas devem ser feitos de acordo com os sintomas e sinais (por exemplo, pp65 e exame oftalmológico para citomegalovírus (CMV); radiografia torácica e microbiologia para tuberculose). |

◊ Cancroide

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|--|---|---|--|
| relação sexual sem proteção nas últimas 2 semanas, úlceras genitais dolorosas; encontrado principalmente nos países em desenvolvimento | bordas bem definidas e irregulares; "kissing ulcers" podem se desenvolver em superfícies opostas; o edema dos linfonodos inguinais é encontrado em um terço dos pacientes | »coloração de Gram: cocobacilos Gram-negativos ou bacilos finos em um padrão de estrada de ferro ou em corrente (arranjo em "cardume de peixes" distinto). »cultura em ágar chocolate: identificação do <i>Haemophilus ducreyi</i> | » teste de HIV: pode ser positiva Teste de rotina para excluir o HIV. O tempo para a soropositividade para HIV com um ensaio imunoenzimático (EIE) de terceira geração pode ser >21 dias. » Venereal Disease Research Laboratory (VDRL): pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de VDRL ou reagina plasmática rápida (RPR) pode |

Incomum

◊ Cancroide

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|----------|-------|--|---------------|
| | | <p>demorar até 3 meses para ser positivo.</p> <p>»teste de RPR sérica: pode ser positiva Teste de rotina para descartar a sífilis. O teste de RPR ou VDRL pode demorar até 3 meses para ser positivo.</p> <p>»reação em cadeia da polimerase para vírus do herpes simples (HSV) e culturas virais: geralmente negativas; positivas em coinfecção por herpes Para excluir HSV como diagnóstico diferencial ou coinfecção.</p> | |

◊ Carcinoma de células de Merkel

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|---|
| tumor agressivo com metástase nos linfonodos, no tecido adiposo, nos músculos da fáscia, no pulmão, no fígado, no cérebro e nos ossos | nódulo ou tumor indolor, geralmente nas áreas expostas à luz | » biópsia de pele: características do carcinoma de células de Merkel | <p>»excisão do linfonodo sentinel: pode mostrar metástase de linfonodos</p> <p>»radiografia torácica: pode mostrar metástase no pulmão</p> <p>»ultrassonografia do abdome e dos linfonodos: pode mostrar metástase de linfonodos</p> |

Incomum

◊ Leiomiossarcoma

| História | Exame | 1º exame | Outros exames |
|---|--|---|--|
| tumor associado ao vírus Epstein-Barr (EBV) em crianças | 6 tipos diferentes: tipo cutâneo (prognóstico bom); tipo subcutâneo local (prognóstico ruim com manifestação precoce nos linfonodos ou no pulmão); tipos vasculares ou genitais (raros: 5% cada); leiomiossarcoma intra-abdominal (comum: 40%); leiomiossarcoma profundo do membro (20%) | » biópsia de pele ou excisão: características de leiomiossarcoma | » estadiamento do tumor: depende do estádio |

Diretrizes de diagnóstico

Internacional

Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults

Publicado por: World Health Organization
Última publicação em: 2014

Artigos principais

- World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. 2014. <http://www.who.int/> (last accessed 24 October 2016). [Texto completo](#)
- Wilkins K, Turner R, Dolev JC, et al. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:189-206; quiz 207-210.
- Maurer TA. Dermatologic manifestations of HIV infection. *Top HIV Med.* 2005;13:149-154.
- Huiras E, Preda V, Maurer T, et al. Cutaneous manifestations of immune reconstitution inflammatory syndrome. *Curr Opin HIV AIDS.* 2008;3:453-460.

Referências

1. Leslie KS, Levell NJ. Dermatologists, beacons of epidemics; past, present and future! *Int J Dermatol.* 2004;43:468-470.
2. World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. 2014. <http://www.who.int/> (last accessed 24 October 2016). [Texto completo](#)
3. Paul S, Evans R, Maurer T, et al. Treatment of dermatological conditions associated with HIV/AIDS: the scarcity of guidance on a global scale. *AIDS Res Treat.* 2016;2016:3272483. [Texto completo](#)
4. Mallon PW, Unemori P, Sedwell R, et al. In vivo, nucleoside reverse-transcriptase inhibitors alter expression of both mitochondrial and lipid metabolism genes in the absence of depletion of mitochondrial DNA. *J Infect Dis.* 2005;191:1686-1696. [Texto completo](#)
5. Bastard JP, Caron M, Vidal H, et al. Association between altered expression of adipogenic factor SREBP1 in lipoatrophic adipose tissue from HIV-1-infected patients and abnormal adipocyte differentiation and insulin resistance. *Lancet.* 2002;359:1026-1031.
6. Rosenthal D, LeBoit PE, Klumpp L, et al. Human immunodeficiency virus-associated eosinophilic folliculitis. A unique dermatosis associated with advanced human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol.* 1991;127:206-209.
7. Maurer TA. Dermatologic manifestations of HIV infection. In: Cohen PT, Sande MA, Volberding PA, et al., eds. *The AIDS knowledge base.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:425-444.
8. Resneck JS Jr., Van Beek M, Furmanski L, et al. Etiology of pruritic papular eruption with HIV infection in Uganda. *JAMA.* 2004;292:2614-2621. [Texto completo](#)
9. Silverberg MJ, Neuhaus J, Bower M, et al. Risk of cancers during interrupted antiretroviral therapy in the SMART study. *AIDS.* 2007;21:1957-1963.

10. Molyneux E, Davidson A, Orem J, et al. The management of children with Kaposi sarcoma in resource limited settings. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60:538-542.
11. Müller M, Wandel S, Colebunders R, et al; leDEA Southern and Central Africa. Immune reconstitution inflammatory syndrome in patients starting antiretroviral therapy for HIV infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010;10:251-261.
12. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. AIDS and recurrent aphthous stomatitis. *Rev Bras Otorhinolaryngol*. 2005;71:517-520. [Texto completo](#)
13. Duvic M, Johnson TM, Rapini RP, et al. Acquired immunodeficiency syndrome-associated psoriasis and Reiter's syndrome. *Arch Dermatol*. 1987;123:1622-1632.
14. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr, et al; National Psoriasis Foundation. Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:291-299.
15. Healy E, Meenan J, Mulcahy F, et al. The spectrum of HIV related skin diseases in an Irish population. *Ir Med J*. 1993;86:188-190.
16. Coffin SE, Hodinka RL. Utility of direct immunofluorescence and virus culture for detection of varicella-zoster virus in skin lesions. *J Clin Microbiol*. 1995;33:2792-2795. [Texto completo](#)
17. Ball LM, Harper JI. Atopic eczema in HIV-seropositive haemophiliacs. *Lancet*. 1987;2:627-628.
18. Farthing CF, Staughton RC, Rowland Payne CM. Skin disease in homosexual patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and lesser forms of human T cell leukaemia virus (HTLV III) disease. *Clin Exp Dermatol*. 1985;10:3-12.
19. Winchester R, Bernstein DH, Fischer HD, et al. The co-occurrence of Reiter's syndrome and acquired immunodeficiency. *Ann Intern Med*. 1987;106:19-26.
20. Schwartz JJ, Myskowski PL. Molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. A review of twenty-seven patients. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:583-588.
21. Frean J, Arndt S, Spencer D. High rate of *Bartonella henselae* infection in HIV-positive outpatients in Johannesburg, South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2002;96:549-550.
22. Lanjewar DN, Bhosale A, Iyer A. Spectrum of dermatopathologic lesions associated with HIV/AIDS in India. *Indian J Pathol Microbiol*. 2002;45:293-298.
23. Minga KA, Gberi I, Boka MB. Bacillary angiomatosis in an adult infected with HIV-1 at an early stage of immunodepression in Abidjan, Côte d'Ivoire [in French]. *Bull Soc Pathol Exot*. 2002;95:34-36.
24. Ciervo A, Petrucca A, Ciarrocchi S, et al. Molecular characterization of first human *Bartonella* strain isolated in Italy. *J Clin Microbiol*. 2001;39:4554-4557. [Texto completo](#)

25. Gazineo JL, Trope BM, Maceira JP, et al. Bacillary angiomatosis: description of 13 cases reported in five reference centers for AIDS treatment in Rio de Janeiro, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2001;43:1-6. [Texto completo](#)
26. Gutierrez-Galhardo MC, do Valle GF, Sa FC, et al. Clinical characteristics and evolution of syphilis in 24 HIV+ individuals in Rio de Janeiro, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2005;47:153-157. [Texto completo](#)
27. Gare J, Lupiwa T, Suarkia DL, et al. High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. Sex Transm Dis. 2005;32:466-473.
28. Hesketh T, Tang F, Wang ZB, et al. HIV and syphilis in young Chinese adults: implications for spread. Int J STD AIDS. 2005;16:262-266.
29. Nnoruka EN, Ezeoke AC. Evaluation of syphilis in patients with HIV infection in Nigeria. Trop Med Int Health. 2005;10:58-64. [Texto completo](#)
30. Ryder N, Bourne C, Rohrsheim R. Clinical audit: adherence to sexually transmitted infection screening guidelines for men who have sex with men. Int J STD AIDS. 2005;16:446-449.
31. Dougan S, Elford J, Rice B, et al. Epidemiology of HIV among black and minority ethnic men who have sex with men in England and Wales. Sex Transm Infect. 2005;81:345-350. [Texto completo](#)
32. Wong W, Chaw JK, Kent CK, et al. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002-2003. Sex Transm Dis. 2005;32:458-463.
33. Fenton KA, Imrie J. Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: why? Infect Dis Clin North Am. 2005;19:311-331.
34. del Amo J, Gonzalez C, Losana J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. Sex Transm Infect. 2005;8:79-84. [Texto completo](#)
35. Bignell C, Fitzgerald M; Guideline Development Group. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int J STD AIDS. 2011;22:541-547.
36. Rönn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2011;11:70. [Texto completo](#)
37. Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, et al. 2017 European guideline for the management of chancroid. Int J STD AIDS. 2017 Mar;28(4):324-329.
38. Bosch RJ, Rodrigo AB, Sanchez P, et al. Presence of Leishmania organisms in specific and non-specific skin lesions in HIV-infected individuals with visceral leishmaniasis. Int J Dermatol. 2002;41:670-675.
39. Choi CM, Lerner EA. Leishmaniasis: recognition and management with a focus on the immunocompromised patient. Am J Clin Dermatol. 2002;3:91-105.

40. Bittencourt A, Silva N, Straatmann A, et al. Post-kala-azar dermal leishmaniasis associated with AIDS. *Braz J Infect Dis.* 2002;6:313-316. [Texto completo](#)
41. Agostoni C, Dorigoni N, Malfitano A, et al. Mediterranean leishmaniasis in HIV-infected patients: epidemiological, clinical, and diagnostic features of 22 cases. *Infection.* 1998;26:93-99.
42. Barrio J, Lecona M, Cosin J, et al. Leishmania infection occurring in herpes zoster lesions in an HIV-positive patient. *Br J Dermatol.* 1996;134:164-166.
43. Cooley TP. Non-AIDS-defining cancer in HIV-infected people. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2003;17:889-899.
44. Allardice GM, Hole DJ, Brewster DH, et al. Incidence of malignant neoplasms among HIV-infected persons in Scotland. *Br J Cancer.* 2003;89:505-507.
45. Rabkin CS, Biggar RJ, Horm JW. Increasing incidence of cancers associated with the human immunodeficiency virus epidemic. *Int J Cancer.* 1991;47:692-696.
46. Wilkins K, Turner R, Dolev JC, et al. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:189-206; quiz 207-210.
47. Sasco AJ, Jaquet A, Boidin E, et al. The challenge of AIDS-related malignancies in sub-Saharan Africa. *PLoS One.* 2010;5:e8621. [Texto completo](#)
48. Wieland U, Silling S, Scola N, et al. Merkel cell polyomavirus infection in HIV-positive men. *Arch Dermatol.* 2011;147:401-406.
49. Yin X, Wu T, Yan Y, et al. Treatment for leiomyosarcoma and leiomyoma in children with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD007665. [Texto completo](#)
50. Maurer TA. Dermatologic manifestations of HIV infection. *Top HIV Med.* 2005;13:149-154.
51. Lapinski, TW, Parfieniuk A, Rogalska-Plonska M, et al., Prevalence of cryoglobulinaemia in hepatitis C virus- and hepatitis C virus/human immunodeficiency virus-infected individuals: implications for renal function. *Liver Int.* 2009;29:1158-1161.
52. Rajendran PM, Dolev JC, Heaphy MR, Jr., et al. Eosinophilic folliculitis: before and after the introduction of antiretroviral therapy. *Arch Dermatol.* 2005;141:1227-1231. [Texto completo](#)
53. Huiras E, Preda V, Maurer T, et al. Cutaneous manifestations of immune reconstitution inflammatory syndrome. *Curr Opin HIV AIDS.* 2008;3:453-460.
54. Kreuter A, Brockmeyer NH, Altmeyer P, et al. Anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008;6:925-934.
55. Almagro M, Del Pozo J, Garcia-Silva J, et al. Eyelash length in HIV-infected patients. *AIDS.* 2003;17:1695-1696.

56. Obuch ML, Maurer TA, Becker B, et al. Psoriasis and human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:667-673.
57. Colebunders R, Mann JM, Francis H, et al. Generalized papular pruritic eruption in African patients with human immunodeficiency virus infection. *AIDS.* 1987;1:117-121.
58. Bason MM, Berger TG, Nesbitt LT Jr. Pruritic papular eruption of HIV-disease. *Int J Dermatol.* 1993;32:784-789.
59. Sivayathorn A, Srihra B, Leesanguankul W. Prevalence of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus in Bangkok, Thailand. *Ann Acad Med Singapore.* 1995;24:528-533.
60. Ishii N, Nishiyama T, Sugita Y, et al. Pruritic papular eruption of the acquired immunodeficiency syndrome. *Acta Derm Venereol.* 1994;74:219-220.
61. Parkin JM, Eales LJ, Galazka AR, et al. Atopic manifestations in the acquired immune deficiency syndrome: response to recombinant interferon gamma. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;294:1185-1186. [Texto completo](#)
62. Gelfand JM, Rudikoff D. Evaluation and treatment of itching in HIV-infected patients. *Mt Sinai J Med.* 2001;68:298-308.
63. Maurer T, Rodrigues LK, Ameli N, et al. The effect of highly active antiretroviral therapy on dermatologic disease in a longitudinal study of HIV type 1-infected women. *Clin Infect Dis.* 2004;38:579-584. [Texto completo](#)
64. Redfield RR, James WD, Wright DC, et al. Severe molluscum contagiosum infection in a patient with human T cell lymphotropic (HTLV-III) disease. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13:821-824.
65. Palefsky JM, Holly EA, Ralston ML, et al. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection of the anal canal in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative homosexual men. *J Infect Dis.* 1998;177:361-367.
66. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definition for HIV infection--United States, 2014. *MMWR Recomm Rep.* 2014 Apr 11;63(RR-03):1-10. [Texto completo](#)
67. Perronne C, Lazanas M, Leport C, et al. Varicella in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol.* 1990;126:1033-1036.
68. Jura E, Chadwick EG, Josephs SH, et al. Varicella-zoster virus infections in children infected with human immunodeficiency virus. *Pediatr Infect Dis J.* 1989;8:586-590.
69. Cohen PR, Grossman ME. Clinical features of human immunodeficiency virus-associated disseminated herpes zoster virus infection - a review of the literature. *Clin Exp Dermatol.* 1989;14:273-276.
70. Pahwa S, Biron K, Lim W, et al. Continuous varicella-zoster infection associated with acyclovir resistance in a child with AIDS. *JAMA.* 1988;260:2879-2882.

71. Jacobson MA, Berger TG, Fikrig S, et al. Acyclovir-resistant varicella zoster virus infection after chronic oral acyclovir therapy in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Ann Intern Med.* 1990;112:187-191.
72. Linnemann CC, Jr., Biron KK, Hoppenjans WG, et al. Emergence of acyclovir-resistant varicella zoster virus in an AIDS patient on prolonged acyclovir therapy. *AIDS.* 1990;4:577-579.
73. Cooper DA, Gold J, Maclean P, et al. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. *Lancet.* 1985;1:537-540.
74. Wantzin GR, Lindhardt BO, Weismann K, et al. Acute HTLV III infection associated with exanthema, diagnosed by seroconversion. *Br J Dermatol.* 1986;115:601-606.
75. Rustin MH, Ridley CM, Smith MD, et al. The acute exanthem associated with seroconversion to human T-cell lymphotropic virus III in a homosexual man. *J Infect.* 1986;12:161-163.
76. Tindall B, Barker S, Donovan B, et al. Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med.* 1988;148:945-949.
77. Sinicco A, Palestro G, Caramello P, et al. Acute HIV-1 infection: clinical and biological study of 12 patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1990;3:260-265.
78. Hulsebosch HJ, Claessen FA, van Ginkel CJ, et al. Human immunodeficiency virus exanthem. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23:483-486.
79. Porras-Luque JI, Valks R, Casal EC, et al. Generalized exanthem with palmoplantar involvement and genital ulcerations: acute primary HIV infection. *Arch Dermatol.* 1998;134:1279-1282.
80. Sun HY, Chen MJ, Hung CC, et al. Clinical presentations and virologic characteristics of primary human immunodeficiency virus type-1 infection in a university hospital in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect.* 2004;37:271-275.
81. Ortega KL, Rezende NP, Watanuki F, et al. Secondary syphilis in an HIV positive patient [in English/Spanish]. *Med Oral.* 2004;9:33-38. [Texto completo](#)
82. Baniandres Rodriguez O, Nieto Perea O, Moya Alonso L, et al. Nodular secondary syphilis in a HIV patient mimicking cutaneous lymphoma [in Spanish]. *An Med Interna.* 2004;21:241-243.
83. Dave S, Gopinath DV, Thappa DM. Nodular secondary syphilis. *Dermatol Online J.* 2003;9:9.
84. Doris JP, Saha K, Jones NP, et al. Ocular syphilis: the new epidemic. *Eye.* 2006;20:703-705.
85. Passoni LF, de Menezes JA, Ribeiro SR, et al. Lues maligna in an HIV-infected patient. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38:181-184. [Texto completo](#)
86. Janier M, Hegyi V, Dupin N, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Dec;28(12):1581-93.

87. Kingston M, French P, Higgins S, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *Int J STD AIDS.* 2016 May;27(6):421-46.
88. Brites C, Weyll M, Pedroso C, et al. Severe and Norwegian scabies are strongly associated with retroviral (HIV-1/HTLV-1) infection in Bahia, Brazil. *AIDS.* 2002;16:1292-1293.
89. Diven DG, Newton RC, Ramsey KM. Heightened cutaneous reactions to mosquito bites in patients with acquired immunodeficiency syndrome receiving zidovudine. *Arch Intern Med.* 1988;148:2296.
90. Penneys NS, Nayar JK, Bernstein H, et al. Chronic pruritic eruption in patients with acquired immunodeficiency syndrome associated with increased antibody titers to mosquito salivary gland antigens. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21:421-425.
91. Melo NR, Taguchi H, Jorge J, et al. Oral Candida flora from Brazilian human immunodeficiency virus-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2004;99:425-431. [Texto completo](#)
92. Maurer T, Ponte M, Leslie K. HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. *N Engl J Med.* 2007;357:1352-1353.
93. Mallal S, Phillips E, Carosi G, et al; PREDICT-1 Study Team. HLA-B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. *N Engl J Med.* 2008;358:568-579. [Texto completo](#)
94. Potthoff A, Brockmeyer NH, Gelbrich G, et al; Competence Center Cardiac Insufficiency and the Competence Network HIV/AIDS. Lipodystrophy: a sign for metabolic syndrome in patients of the HIV-HEART study. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010;8:92-98.
95. Falutz J, Mamputu JC, Potvin D, et al. Effects of tesamorelin (TH9507), a growth hormone-releasing factor analog, in human immunodeficiency virus-infected patients with excess abdominal fat: a pooled analysis of two multicenter, double-blind placebo-controlled phase 3 trials with safety extension data. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:4291-4304. [Texto completo](#)
96. Sheth SH, Larson RJ. The efficacy and safety of insulin-sensitizing drugs in HIV-associated lipodystrophy syndrome: a meta-analysis of randomized trials. *BMC Infect Dis.* 2010;10:183. [Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Lipodistrofia associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) revelando atrofia facial

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 2: Foliculite eosinofílica na bochecha

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 3: Foliculite eosinofílica no tórax

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 4: Leucoplasia pilosa oral

Do acervo de Tim Berger, MD, Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão

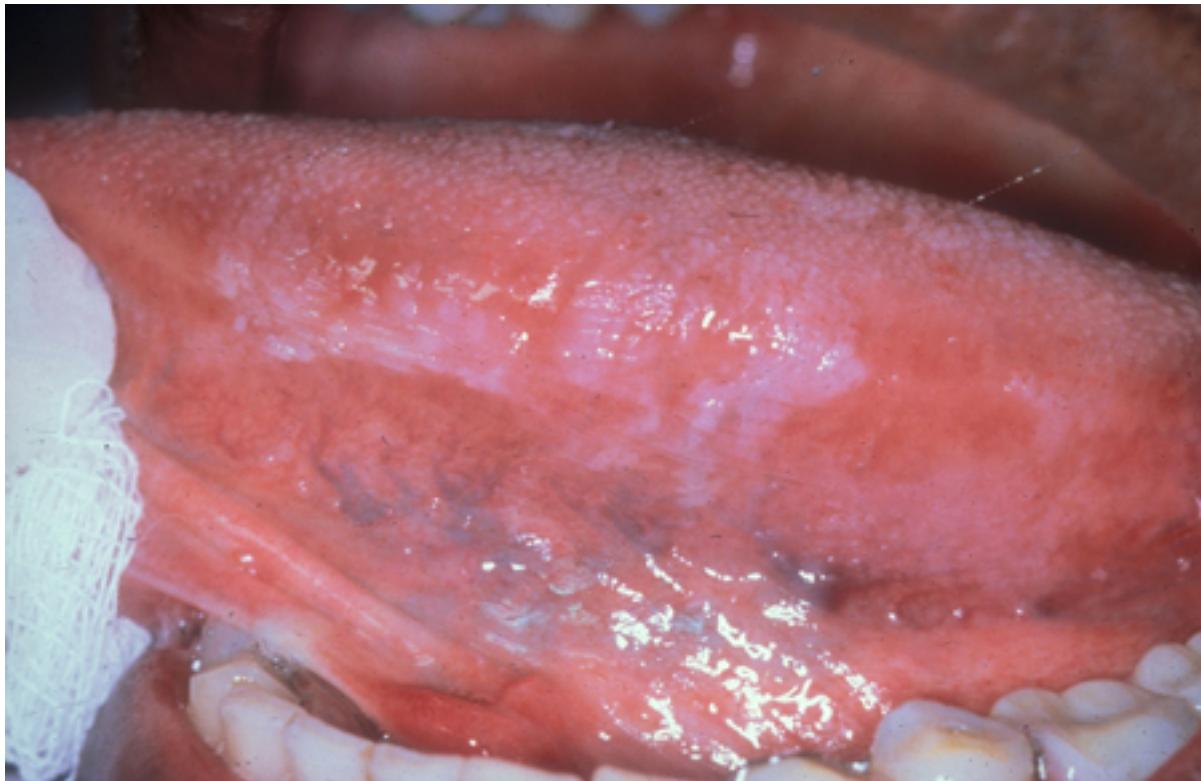


Figura 5: Leucoplasia pilosa oral

Do acervo de Tim Berger, MD, Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco;
usado com permissão



Figura 6: Erupção pruriginosa papular no antebraço

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 7: Fotodermatite na área exposta ao sol - braço

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



IMAGES

Figura 8: Fotodermatite na área exposta ao sol - dorso da mão

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 9: Fotodermatite na área exposta ao sol - parte inferior da face

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 10: Leucoplasia pilosa oral

Do acervo de Tim Berger, MD, Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 11: Prurigo nodular mostrando nódulos e hiperpigmentação no antebraço

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



IMAGES

Figura 12: Sarcoma de Kaposi nos membros inferiores

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 13: Sarcoma de Kaposi no palato

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 14: Placas psoriáticas mostrando escama prateada com margens bem definidas na base eritematosa

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 15: Psoríase inversa nas solas dos pés

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 16: Psoríase inversa nas palmas das mãos

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 17: Dermatite seborreica mostrando distribuição típica na face

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 18: Dermatite atópica na fossa antecubital

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 19: Xerose

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



IMAGES

Figura 20: Dermatite perioral

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 21: Acne vulgar na face

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 22: Molusco contagioso na bochecha

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 23: Papilomavírus humano nas solas dos pés

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 24: Vírus do herpes simples nas nádegas

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 25: Vírus do herpes simples imitando infecção por estafilococos

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 26: Vírus da varicela-zóster nas costas

Do acervo de Tim Berger, MD, Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 27: Foliculite estafilocócica

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 28: Úlceras estafilocócicas

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 29: Botriomicoses na axila

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 30: Angiomatose bacilar

Departamento de Dermatologia da University of California San Francisco; usado com permissão



Figura 31: Sífilis na sola dos pés

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão

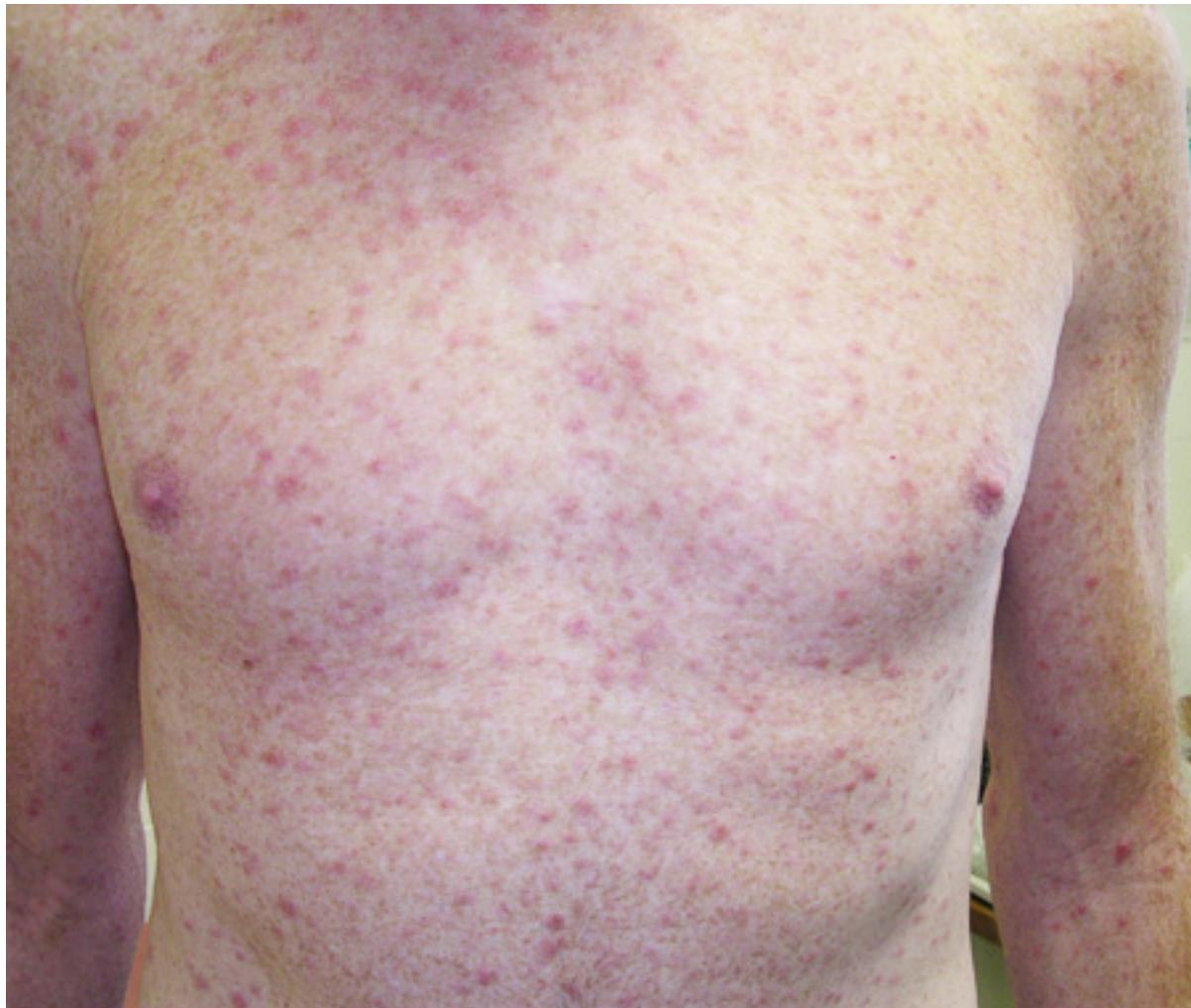


Figura 32: Erupção de sífilis no tórax

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 33: Escavações escabióticas

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 34: Escabiose crostosa

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 35: Carcinoma basocelular

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 36: Melanoma

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 37: Carcinoma de células escamosas

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão



Figura 38: Necrólise epidérmica tóxica

Common skin diseases in HIV-infected patients in the antiretroviral era. IAS-USA 2007; usado com permissão

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 | 10,000 |
| | 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

DISCLAIMER

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.

89

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 exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Colaboradores:

// Autores:

Anja Potthoff, MD

Senior Doctor

Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, University of Bochum, Borkum, Germany

DIVULGAÇÕES: AP declares that she has no competing interests.

Norbert Brockmeyer, MD

Senior Doctor

Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, University of Bochum, Bochum, Germany

DIVULGAÇÕES: NB declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Anja Potthoff and Dr Norbert Brockmeyer would like to gratefully acknowledge Dr Patrick Unemori and Dr Kieron Leslie, the previous contributors to this monograph. PU and KL declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Viroj Wiwanitkit, MD

Professor of Tropical Medicine

Visiting Professor, Hainan Medical College, Haikou, China

DIVULGAÇÕES: VW declares that he has no competing interests.

Michael A. Waugh, MB, FRCP, FRCPI, FRChSHM, Dip. Ven, DHMSA

Retired Consultant Genitourinary Physician

Leeds General Infirmary, at present, Honorary Sub Dean Northern and Yorkshire, Royal Society of Medicine, UK

DIVULGAÇÕES: MAW declares that he has no competing interests.

Jacqueline C. Dolev, MD, FAAD

Assistant Clinical Professor

Department of Dermatology, University of California San Francisco, San Francisco, CA

DIVULGAÇÕES: JCD declares that she has no competing interests.