

# BMJ Best Practice

## Avaliação do prurido

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 04, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>5</b>
Etiologia	5
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	12
Diagnóstico diferencial	14
Diretrizes de diagnóstico	36
<b>Referências</b>	<b>37</b>
<b>Imagens</b>	<b>42</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>59</b>

## Resumo

- ◊ O prurido é definido como uma sensação de comichão desagradável que causa uma intensa coceira. Os termos prurido e coceira são usados como sinônimos. O prurido é o sintoma subjetivo mais comum na dermatologia e pode ocorrer com ou sem lesões cutâneas visíveis. Ele pode apresentar caráter localizado ou generalizado.  
É importante distinguir o prurido agudo do crônico. O prurido que dura >6 semanas é definido como prurido crônico. Com base na etiologia, o prurido crônico pode ser classificado como dermatológico, sistêmico, neurológico, psicogênico/psicossomático, misto ou de etiologia desconhecida. O prurido crônico pode ser muito incômodo e refratário ao tratamento. Sua intensidade frequentemente está correlacionada com o grau de prejuízo da qualidade de vida, o nível de estigmatização, a gravidade da depressão e o estresse emocional.  
De acordo com a classificação clínica atualmente aceita,[1] os pacientes com prurido podem ser caracterizados como aqueles com prurido na pele inflamada com doença primária; prurido na pele não inflamada e normal; e lesões secundárias crônicas pelo ato de coçar.

### ◊ Epidemiologia :

O prurido é uma afecção comum. Um grande estudo epidemiológico realizado na Alemanha com 11,730 indivíduos demonstrou uma prevalência pontual do prurido crônico (pelo menos 6 semanas antes da coleta dos dados) de 16.8% e aumentou com a idade de 12.3% (16-30 anos) para 20.3% (61-70 anos).[2] Em um estudo de morbidade autorrelatada, o prurido foi o sintoma cutâneo mencionado com maior frequência (7%), e foi relatado como significativamente mais frequente em homens do Leste Asiático (18%) e do Oriente Médio/Norte da África (13%).[3] Em outro estudo, os pacientes que relataram esse sintoma eram mais jovens, predominantemente do sexo feminino e mais estressados; eles apresentavam baixa renda, menor apoio social e haviam passado por situações mais negativas na vida.[4]

O prurido é um sintoma comum de muitas doenças de pele. Por exemplo, ele é um sintoma principal do eczema atópico, e acredita-se que todos os pacientes com essa doença tenham prurido em algum momento durante a doença.[5] De maneira similar, cerca de 70% a 90% dos pacientes com psoríase apresentam prurido.[6] [7] [8] [9] O prurido também pode complicar outras doenças sistêmicas, como a insuficiência renal crônica,[10] neoplasias hematológicas ou distúrbios hepáticos. Por exemplo, a frequência de prurido crônico em pacientes em hemodiálise foi estimada entre 25% e 35%. [11] [12]

### ◊ Fisiopatologia :

Depende da doença subjacente. O prurido pode ser induzido ou modulado por diferentes mediadores, incluindo histamina, acetilcolina, catecolaminas, hemocianinas, quimiocinas, citocinas (interleucina 2, interleucina 31), neuropeptídeos, endotelina, endovaniloides, endocanabinoides, hormônios do eixo hipotálamo-hipófise, calicreínas, proteases, prostaglandinas, leucotrieno B4, peptídeos neurotróficos e opioides.[13]

Uma via neuronal específica para o prurido foi identificada. Os estímulos pruriginosos são transmitidos principalmente pelas fibras C aferentes não mielinizadas mecanoinsensíveis que têm uma velocidade de condução particularmente baixa, extensos territórios de inervação e alto limiar elétrico transcutâneo.

Na medula espinhal, os estímulos pruriginosos são transferidos por neurônios pruriceptivos específicos dos cornos dorsais à parte posterior do núcleo talâmico ventromedial, que se projetam para o córtex insular dorsal. Os neurônios com vias específicas para prurido foram identificados na medula espinhal, exibindo expressão de receptores de peptídeo liberador de gastrina.[\[14\]](#) [\[15\]](#) [\[16\]](#) Estímulos de prurido induzidos coativam o córtex cingulado anterior, a área motora suplementar e o lobo parietal inferior predominantemente no hemisfério esquerdo.

Após a indução do prurido, os vários locais ativados no cérebro vão contra a existência de um único centro para a comichão e refletem a multidimensionalidade do prurido.[\[17\]](#) É importante observar que foi demonstrado que a atividade cerebral em pacientes com prurido crônico difere de forma significativa da atividade observada em sujeitos saudáveis, quando sob estímulos pruriginosos.[\[18\]](#)

## Etiologia

O prurido pode ser agudo ou crônico, sendo que a forma crônica permanece por 6 semanas ou mais.[\[1\]](#)

O prurido crônico pode ser classificado de acordo com as alterações cutâneas ou com base na etiologia.

A classificação clínica do prurido crônico de acordo com as alterações cutâneas pode ser caracterizada como prurido na pele inflamada com doença primária; prurido na pele não inflamada e normal; e lesões secundárias crônicas pelo ato de coçar.

A classificação do prurido crônico com base na etiologia depende da doença subjacente. De acordo com a classificação atual do prurido,[\[1\]](#) o prurido que acompanha doenças sistêmicas é definido como prurido sistêmico, embora algumas vezes esse tipo possa ser classificado como neurogênico (por exemplo, prurido colesterolílico) ou neuropático (por exemplo, prurido em pacientes diabéticos devido à polineuropatia).

Com base no local da geração dos estímulos pruriginosos, são definidos os seguintes subtipos de prurido:[\[1\]](#) [\[19\]](#) [\[20\]](#)

1. O prurido dermatológico (antes coceira pruritoceptiva) está relacionado à ativação de pruritoceptores epidérmicos e dérmicos por meio de diferentes mediadores em decorrência de inflamação, ressecamento cutâneo ou outro dano na pele. Este tipo de prurido é típico de condições como urticária, xerose cutânea, escabiose, reação à picada de insetos ou infecções parasitárias.

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

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

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

2. Prurido sistêmico que surge de "doenças" de órgãos que não seja a pele, como o fígado (por exemplo, cirrose biliar primária), os rins (por exemplo, insuficiência renal crônica),[\[10\]](#) o sangue (por exemplo, doença de Hodgkin, linfoma de células T)[\[21\]](#) e certos estados multifatoriais (por exemplo, metabólico) ou medicamentos.

3. Prurido neurológico que tem origem no sistema nervoso devido à ativação de alguns componentes da via do prurido. O prurido neurológico pode ser induzido centralmente, mas sem evidências de patologia neural (ou seja, prurido neurogênico decorrente, por exemplo, do tratamento com agonistas dos receptores opioides), ou pode ser causado por dano de alguns componentes da via do prurido (ou seja, prurido neuropático como o prurido pós-herpético; notalgia parestésica; prurido localizado decorrente da compressão dos ramos posteriores das raízes nervosas T2 a T6 da medula espinhal; prurido braquiorradial: prurido localizado decorrente da compressão das raízes nervosas C5 a C8 da medula espinhal; ou prurido associado a esclerose múltipla, tumores cerebrais ou lesões cerebrais).[\[22\]](#) [\[23\]](#) O prurido afeta cerca de 5% dos pacientes com esclerose múltipla. Frequentemente, é um prurido segmentar, simétrico e paroxístico que persiste por vários segundos ou minutos.

4. O prurido psicogênico/psicossomático está associado a doenças psicossomáticas ou transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia ou depressão.[\[22\]](#)

5. Prurido de etiologia mista se refere à situação na qual está presente mais de uma causa. Por exemplo, o prurido é um sintoma muito comum em pacientes infectados por HIV e pode ter múltiplas etiologias: foliculite eosinofílica associada ao HIV, erupção papular pruriginosa, xerose, dermatite

seborreica, psoríase, escabiose, infecções fúngicas superficiais, erupções medicamentosas, urticária ou reações de fotossensibilidade; a etiologia pode ser idiopática. O prurido pós-queimadura é uma complicação de queimaduras que pode ser muito incômoda para os pacientes, podendo interferir no sono e nas atividades da vida diária.[\[24\]](#) [\[25\]](#) A etiologia do prurido pós-queimadura não é clara, mas é mais provável que esteja relacionada ao dano das terminações nervosas dérmicas (prurido neurológico). Entretanto, como o prurido pós-queimadura geralmente surge durante o processo de cicatrização de queimaduras, uma influência significativa de alguns mediadores pruriginosos (por exemplo, citocinas ou enzimas) não pode ser excluída (prurido dermatológico). Assim sendo, apresenta uma etiologia mista.

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

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

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

6. O prurido de etiologia desconhecida é provisoriamente definido como prurido de origem indeterminada, embora alguns pacientes possam, subsequentemente, ter um diagnóstico subjacente definitivo.

# Considerações de urgência

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

Ao avaliar os pacientes com prurido, é importante lembrar que esse sintoma pode (embora raramente) ser o primeiro sinal de várias doenças graves, incluindo infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), tumores sólidos malignos,[\[26\]](#) [\[27\]](#) neoplasias hematológicas e lesão cerebral. O atraso no diagnóstico da causa subjacente pode causar deterioração significativa do quadro clínico do paciente. A doença mais urgente que pode ser acompanhada por prurido e que requer um diagnóstico e tratamento rápidos é o acidente vascular cerebral (AVC).

## Lesão cerebral (AVC)

O acidente vascular cerebral (AVC) pode, raramente, ser acompanhado por prurido, mas, notavelmente, o prurido pode ser o único sinal da lesão cerebral.[\[28\]](#) [\[29\]](#) [\[30\]](#) [\[31\]](#) Ele geralmente ocorre em infartos capsulares ou em lesões vasculares na distribuição da artéria cerebral média. O mecanismo subjacente provavelmente é o dano na via neuronal responsável pela transmissão dos estímulos pruriginosos. O prurido que ocorre durante uma lesão cerebral geralmente é unilateral e intenso, e pode ser geral ou localizado. Se houver suspeita de prurido decorrente de lesão cerebral, o paciente precisará de uma consulta neurológica e/ou de exames de imagem do sistema nervoso central.

## Sinais de alarme

- Penfigoide bolhoso
- Linfoma de Hodgkin
- Policitemia vera
- Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)
- Prurido paraneoplásico
- Tumor cerebral
- Acidente vascular cerebral (AVC)

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

O prurido é uma sensação subjetiva; portanto, o diagnóstico é baseado inteiramente nos sintomas do paciente. Entretanto, a história detalhada e um exame físico completo são fundamentais para a avaliação do prurido. Durante a avaliação clínica, é importante identificar uma causa possível ou doença responsável pelo prurido, bem como determinar a intensidade e período de ocorrência do prurido.

Em todos os pacientes com prurido crônico, é essencial determinar se a pele com prurido tem aspecto normal ou não. Para pele com lesão, a erupção primária deve ser diferenciada das lesões secundárias pelo ato de coçar. Se houver lesões primárias, o diagnóstico é feito com base no quadro clínico, na biópsia de pele e em exames físicos adicionais, se necessário. Os pacientes com pele de aparência saudável ou com lesões pelo ato de coçar necessitam apenas de séries básicas de exames físicos laboratoriais, incluindo morfologia do sangue, velocidade de hemossedimentação, nível de ferro, testes da função hepática e renal, glicose sérica, hormônios (a saber, hormônio estimulante da tireoide [TSH]) e, se necessário, biópsia de pele (para descartar dermatose subclínica ou doenças cutâneas camoufladas por lesões secundárias pelo ato de coçar). Também deve ser colhida a história detalhada referente aos sintomas concomitantes, às doenças coexistentes e aos problemas clínicos, bem como os medicamentos que os pacientes estão tomando. Qualquer anormalidade encontrada nos exames acima devem orientar procedimentos diagnósticos adicionais para confirmar a causa do prurido. Se todos esses exames, bem como a história médica, estiverem dentro do intervalo normal ou forem negativos, deve-se suspeitar de prurido psicogênico, o que pode justificar uma consulta psicológica ou psiquiátrica.

## História

A história da doença tipicamente revela o início do prurido, sua intensidade e perturbações do sono relacionadas a ele. Doenças sistêmicas concomitantes que poderiam provocar o prurido devem ser consideradas na história médica do paciente e atuais sintomas associados. O médico também deve obter a história detalhada dos medicamentos e consultar a literatura farmacológica sobre os efeitos adversos, a fim de estabelecer a probabilidade de prurido induzido por medicamentos como causa da coceira do paciente.

## Exame físico

O prurido dermatológico é diagnosticado em pacientes com lesões cutâneas primárias que podem estar ligadas à sensação de coceira. Outros tipos de prurido (sistêmico, neurológico, psicogênico) geralmente não estão associados a um problema cutâneo visível, mas muitos pacientes podem apresentar lesões secundárias pelo ato de coçar (escoriações, liquenificação, lesões nodulares) que devem ser diferenciadas de uma erupção cutânea primária. No prurido pós-queimadura, pode ser observado dano adicional ao tecido resultante do ato de coçar.<sup>[24]</sup>

Durante o exame físico de rotina dos pacientes com prurido, a intensidade desse sintoma geralmente é avaliada por uma escala visual analógica (EVA) ou por um dos vários questionários para pruridos.<sup>[32]</sup> A EVA é um método muito simples e rápido de medir a intensidade do prurido; o paciente marca a intensidade do prurido mais intenso dentro dos últimos dias em uma escala linear de 0 (sem coceira) até 10 (a pior coceira imaginável).<sup>[33] [34] [35]</sup>

Uma atenção especial também deve ser direcionada à identificação de qualquer sinal de lesões secundárias causadas pelo ato de coçar, como escoriações, erosões ou lesões nodulares semelhantes a prurigo.

Algumas condições que causam prurido podem ser diagnosticadas somente com achados clínicos e incluem xerose cutânea, picadas de insetos, neuropatia periférica diabética, prurido pós-herpético, depressão, esquizofrenia, distúrbios somatoformes e prurido induzido por medicamento.

[Fig-8]

[Fig-9]

[Fig-10]

[Fig-11]

[Fig-12]

## Investigações em causas dermatológicas

Se uma doença não pode ser diagnosticada somente com base em achados clínicos, são necessárias investigações adicionais.

Em condições dermatológicas alérgicas suspeitas, como dermatite atópica ou urticária, as seguintes investigações são indicadas:

- Nível sérico total de imunoglobulina E (IgE)
- Níveis de IgE alérgeno específicos
- Testes de hipersensibilidade imediata por punção cutânea com alérgenos específicos (aeroalérgenos, alérgenos alimentares, medicamentos)
- Biópsia de pele.

Para urticária, exames adicionais incluiriam exames físicos (exposição à pressão, frio, calor, luz ultravioleta [UV], atividade física, água), exposição a medicamentos (por exemplo, ácido acetilsalicílico), microscopia de fezes (para parasitas), fator antinuclear (FAN) e injeção intradérmica de soro autólogo (teste cutâneo com soro autólogo).<sup>[36]</sup>

O exame radioalergoadsorvente (RAST) para himenópteros é realizado para confirmar alergia a picada de insetos.

A microscopia de raspagens da pele deve ser feita para confirmar escabiose e para descartar infestações parasitárias da pele em transtornos delirantes persistentes. A dermoscopia pode mostrar escavações e ácaros da escabiose com a aparência característica de "asa delta" ou pode mostrar ovos.

Uma biópsia de pele deve ser realizada para confirmar casos suspeitos de líquen plano, dermatite herpetiforme e penfigoide bolhoso. Só é realizada em pacientes com psoriase em caso haja dúvida sobre o diagnóstico. A imunofluorescência direta da biópsia de pele irá auxiliar no diagnóstico da dermatite herpetiforme e do penfigoide bolhoso, com a realização de testes adicionais dependendo do diagnóstico mais provável.

A microscopia de fezes deve ser realizada na suspeita de infecção parasitária sistêmica. Nesses casos, esfregaço de sangue e testes sorológicos ajudarão a confirmar o parasita envolvido.

O teste sorológico para anticorpos da hepatite B ou C é realizado se o líquen plano for diagnosticado, já que alguns estudos demonstraram uma associação entre o líquen plano e a hepatite viral.

[Fig-13]

[\[Fig-8\]](#)[\[Fig-9\]](#)[\[Fig-1\]](#)[\[Fig-2\]](#)[\[Fig-3\]](#)[\[Fig-4\]](#)[\[Fig-14\]](#)[\[Fig-15\]](#)[\[Fig-16\]](#)[\[Fig-17\]](#)[\[Fig-18\]](#)[\[Fig-5\]](#)[\[Fig-6\]](#)

## Investigações em causas sistêmicas

No caso de causas sistêmicas de prurido, são indicadas investigações apropriadas da doença. Os exemplos incluem os seguintes:

- Testes da função hepática no prurido colestático
- Função renal e níveis totais de cálcio sérico e fósforo sérico, na insuficiência renal crônica
- Testes de função tireoidiana na doença tireoide
- Perfil de ferro na anemia ferropriva
- Morfologia sanguínea na anemia ferropriva, na policitemia vera e no prurido paraneoplásico
- Carga viral, testes sorológicos e contagem de CD4 na suspeita de infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A biópsia pode ser indicada na avaliação adicional para patologias hematológicas e malignidades. A biópsia dos linfonodos é usada para confirmar o diagnóstico de linfoma de Hodgkin e prurido paraneoplásico. O aspirado da medula óssea auxilia o diagnóstico de policitemia vera e neoplasias hematológicas.

A ultrassonografia do abdome e dos linfonodos periféricos é realizada na avaliação de linfoma de Hodgkin e policitemia vera. Os exames de imagem na avaliação do prurido paraneoplásico dependem da suspeita de malignidade e podem incluir ultrassonografia, exame de raio-X, tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) ou cintilografia.

A neuropatia periférica diabética geralmente é um diagnóstico clínico, mas pode ser confirmada usando testes de condução nervosa, eletromiografia (EMG) e testes sensoriais quantitativos.

## Investigações em causas neurológicas

O prurido neurológico frequentemente está localizado em áreas inervadas por nervos específicos. Embora o prurido possa ser o único sintoma do dano neurológico, em muitos casos os pacientes apresentam outros sintomas neurológicos. Eles frequentemente também apresentam outros distúrbios de sensação na área do prurido. Todas as suspeitas de causas neurológicas requerem exames de imagem. A ressonância nuclear magnética (RNM) é usada para o diagnóstico inicial de esclerose múltipla, tumor cerebral e acidente vascular cerebral (AVC). A TC é usada se a RNM não estiver disponível ou se for contraindicada.

A radiografia da coluna vertebral é o exame inicial para diagnosticar prurido braquiorradial (coluna cervical) e notalgia parestésica (coluna torácica). A RNM em ambas as doenças também ajuda a confirmar o diagnóstico.<sup>[37] [38]</sup>

A análise do líquido cefalorraquidiano é realizada na avaliação da esclerose múltipla.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Dermatite atópica

Urticária

Picadas de insetos

Infecção por oxiúros

Escabiose

Líquen plano

Psoríase

Xerose cutânea

Prurido colestático

Insuficiência renal crônica (prurido urêmico)

Prurido pós-herpético

Depressão

Esquizofrenia

Prurido induzido por medicamento

Prurido pós-queimadura

## Incomum

Ascaríase

Amebíase

Giardíase

Larva migrans cutânea

Esquistossomose

## Incomum

Infecção por tênia

Triquinose

Dermatite herpetiforme

Penfigoide bolhoso

Anemia ferropriva

Neuropatia periférica diabética

Linfoma de Hodgkin

Policitemia vera

Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)

Disfunção tireoidiana

Prurido paraneoplásico

Prurido braquiorradial

Notalgia parestésica

Tumor cerebral

Acidente vascular cerebral (AVC)

Esclerose múltipla

Prurido psicogênico

Transtorno delirante persistente

Filariose

Infecção por Strongyloides

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Dermatite atópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
dermatite recorrente em áreas de exposição a alérgenos potenciais como produtos de beleza ou lã e solventes lipídicos (muitos pacientes têm história de alergia a leite durante a primeira infância, e a maioria apresenta outras doenças atópicas como febre do feno, asma atópica ou história familiar de doenças atópicas)[39]	os pacientes apresentam morfologia e distribuições típicas de lesões cutâneas: facial e extensora em bebês e crianças, liquenificação flexural em adolescentes e adultos; os pacientes podem apresentar uma grande variedade de outros achados definidos como critérios secundários da dermatite atópica[40]	» <b>testes de hipersensibilidade imediata por punção cutânea com alérgenos específicos (aeroalérgenos ou alérgenos alimentares)</b> : pápulas maiores que o controle (histamina), geralmente com diâmetro >5 mm Detecção de alérgenos que exacerbam a doença.	» <b>nível sérico total da imunoglobulina E (IgE)</b> : elevado O nível sérico total de IgE é elevado em 43% a 82% dos pacientes com dermatite atópica; os níveis mais altos foram observados naqueles com doença de pele grave ou em pacientes com asma atópica coexistente. <a href="#">[Fig-13]</a>  [Fig-8]  [Fig-9]  » <b>níveis de IgE alérgeno específicos</b> : elevado Detecção de alérgenos que exacerbam a doença.  » <b>biópsia de pele</b> : inespecífico Raramente necessária, mas geralmente realizada para descartar outras doenças cutâneas. Os achados dependem do estágio clínico: a dermatite espongiosa com infiltrado inflamatório superficial é observada na fase aguda, enquanto um processo inflamatório

## Comum

### ◊ Dermatite atópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
			mais crônico com alterações epidérmicas reativas (acantose com alongamento regular das cristas da rede, hiperceratose e espongiosidade mínima) é encontrado no estágio crônico.

### ◊ Urticária

História	Exame	1º exame	Outros exames
aparecimento súbito de pápulas com prurido concomitante; algumas vezes os pacientes podem identificar os fatores causadores (por exemplo, frio, calor, água, alimentos, medicamentos); diários alimentares detalhados e análises profundas de medicamentos são pontos de partida típicos para o diagnóstico; a lista de fatores possíveis é muito longa, de modo que todos os pacientes devem ser cuidadosamente investigados	os pacientes tipicamente apresentam pápulas pruriginosas; algumas vezes pode ser observado angioedema dos lábios, língua, pálpebras e partes distais dos membros	<p>»<b>testes de hipersensibilidade imediata por punção cutânea com alérgenos específicos (aeroalérgenos, alérgenos alimentares, medicamentos):</b> pápulas maiores que o controle (histamina), geralmente com diâmetro &gt;5 mm Detecção de alérgenos que induzem a doença.</p> <p>»<b>exames físicos (exposição a pressão, frio, calor, luz ultravioleta [UV], atividades físicas, água):</b> indução de pápulas após exposição ao fator causador Detecção da causa da urticária física.</p>	<p>»<b>nível sérico total da imunoglobulina E (IgE):</b> elevado A elevação do nível sérico total de IgE pode indicar uma causa alérgica de urticária.</p> <p>»<b>níveis de IgE alérgeno específicos:</b> elevado Detecção de alérgenos que induzem a doença.</p> <p>»<b>exposição a medicamentos (por exemplo, ácido acetilsalicílico):</b> indução de pápulas após exposição ao medicamento causador Detecção do medicamento responsável pela urticária.</p> <p>»<b>microscopia das fezes:</b> detecção de ovos de parasitas A urticária pode ser uma manifestação</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

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

## Comum

## ◊ Urticária

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>de uma infecção parasitária.</p> <p>»<b>fatores antinucleares (FANs):</b> pode ser positivo em doença autoimune A urticária pode ser um sintoma de uma doença autoimune, como o lúpus eritematoso sistêmico. A detecção do FAN pode ser considerada como teste de rastreamento para algumas doenças autoimunes.</p> <p>»<b>teste com soro autólogo:</b> desenvolvimento de pápula após injeção intradérmica do soro autólogo A reação positiva pode indicar um caráter autoimune da urticária.</p> <p>»<b>biópsia de pele:</b> urticária: edema da derme papilar, pode haver infiltrado esparso perivascular e intersticial de linfócitos e eosinófilos; vasculite urticarial: sinais de vasculite leucocitoclástica Raramente necessária, mas geralmente realizada para descartar vasculite urticariforme.</p>	

## Comum

### ◊ Picadas de insetos

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de viagem, especialmente para regiões úmidas	presença de pápulas com forma de domo, algumas vezes com um ponto no topo da pápula que representa o local da picada; as lesões geralmente ocorrem em áreas descobertas da pele; essa é uma reação de curta duração, mas em alguns pacientes as lesões podem persistir por semanas ou meses; sintomas similares algumas vezes estão presentes em outros membros da família	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	» <b>exame radioalergoadsorvente (RAST) do alérgeno de hymenoptera:</b> positivo na urticária alérgica (reação do tipo I)

### ◊ Infecção por oxiúros

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido perianal	erosões e infecções secundárias na área perianal	» <b>teste da fita adesiva:</b> identificação de ovos ou vermes adultos na microscopia	

### ◊ Escabiose

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido intenso, especialmente à noite na cama[45]	os locais de predileção são os espaços interdigitais, as dobras axilares anteriores, mamilos, umbigo, cotovelos e genitais (especialmente no escroto); a região da face e interescapular raramente são envolvidas; o achado mais diagnóstico é um túnel intacto com um pequeno ponto preto (ácaro) no final dele	» <b>microscopia de raspagens da pele:</b> presença de ácaros ou de seus ovos O uso de tinta pode facilitar a detecção das escavações.	» <b>dermatoscopia:</b> identificação das escavações; pode exibir ácaros com a aparência característica de "asa delta" e/ou ovos

## Comum

## ◊ Líquen plano

História	Exame	1º exame	Outros exames
inespecífica; algumas vezes há história de ingestão de medicamentos (por exemplo, sais de ouro) ou hepatite que podem provocar o líquen plano; frequentemente associada com prurido intenso	presença de pequenas pápulas achatadas, lisas, violáceas e brilhantes; as lesões frequentemente envolvem os aspectos internos dos punhos e do dorso dos pés; o fenômeno de Koebner (lesões em áreas ou ao longo de linhas de trauma cutâneo) pode estar presente; algumas vezes as lesões cutâneas são associadas com alterações na mucosa (rede estriada na mucosa bucal ou erosões dolorosas); alguns pacientes também podem apresentar anormalidades nas unhas que se manifestam principalmente como cristas longitudinais	» <b>biópsia de pele:</b> infiltrado em forma de faixa de células T na junção epidérmica-dérmica, hiperplasia de camadas granulares na epiderme e alterações vacuolares na camada basal Deve ser realizada apenas se houver dúvida no diagnóstico.	» <b>teste sorológico para detectar anticorpos contra os vírus da hepatite B e C:</b> detecção de hepatite B ou infecção viral C Alguns estudos demonstraram uma associação entre o líquen plano e a hepatite viral.

## ◊ Psoríase

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar positiva para psoríase	a lesão primária da psoríase é uma pápula pequena, vermelha e bem demarcada, coberta por uma escama prateada; as pápulas psoriáticas podem coalescer formando grandes placas; diversas variantes clínicas da psoríase foram descritas; as lesões geralmente são encontradas no couro cabeludo, nas áreas extensoras (cotovelos,	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	» <b>biópsia de pele:</b> paraceratose, hiperplasia epidérmica, infiltração da epiderme com neutrófilos (microabscessos de Munro), cristas da rede alongadas Deve ser realizada apenas se houver dúvida no diagnóstico.

## Comum

### ◊ Psoríase

História	Exame	1º exame	Outros exames
	joelhos) e na área sacroilíaca; as unhas podem ser envolvidas (depressões, onicólise, "manchas de óleo")		

### ◊ Xerose cutânea

História	Exame	1º exame	Outros exames
características inespecíficas de ressecamento da pele; o diagnóstico é baseado na aparência da pele; geralmente ocorre em pacientes idosos; também pode ser um sintoma inespecífico de diferentes doenças cutâneas ou sistêmicas (por exemplo, dermatite atópica, malignidades, insuficiência renal crônica); é importante descartar essas possíveis doenças, que podem ser responsáveis pelo ressecamento secundário da pele	pele ressecada e descamativa	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico A xerose cutânea é uma condição considerada clínica. Avaliação e testes adicionais podem ser úteis apenas para descartar doenças cutâneas ou sistêmicas que também manifestam ressecamento da pele (por exemplo, dermatite atópica ou linfomas).	

### ◊ Prurido colestático

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença hepática crônica ou abuso de álcool, ou ingestão de medicamentos hepatotóxicos; o prurido como complicação de doenças hepáticas tende a ser generalizado e não é aliviado de forma	nenhuma erupção cutânea primária, algumas vezes lesões secundárias pelo ato de coçar (escoriações, prurigo nodular); o prurido geralmente está conectado à colestase (icterícia), mas também pode estar presente em doenças hepáticas não colestáticas	» <b>bilirrubina total:</b> elevado » <b>ácido cólico total:</b> elevado	» <b>bilirrubina direta:</b> elevado » <b>atividade da gammaglutamiltransferase sérica:</b> elevado » <b>atividade da aspartato transferase sérica:</b> elevado

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

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

## Comum

## ◊ Prurido colestático

História	Exame	1° exame	Outros exames
adequada pelo ato de coçar; o prurido geralmente começa nas palmas das mãos e solas dos pés; considerar colestase gestacional se a paciente for gestante			<ul style="list-style-type: none"> <li>»atividade da alanina transferase sérica: elevado</li> <li>»atividade da fosfatase alcalina sérica: elevado</li> </ul>

## ◊ Insuficiência renal crônica (prurido urêmico)

História	Exame	1° exame	Outros exames
história de doença renal crônica; o prurido pode estar presente antes e, mais comumente, durante o tratamento de hemodiálise; o prurido pode ser generalizado ou localizado[10]	muitos pacientes apresentam xerose cutânea:[49] lesões pelo ato de coçar, como prurigo, são comuns	<ul style="list-style-type: none"> <li>»nível de creatinina plasmática: elevado</li> <li>Detecção de insuficiência renal, avaliação da gravidade da insuficiência renal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»clearance da creatinina: baixa</li> <li>Detecção de insuficiência renal, avaliação da gravidade da insuficiência renal.</li> <li>»nível de ureia: elevado</li> <li>»nível de cálcio plasmático total: elevado</li> <li>Pode estar elevado em um paciente pruriginoso.[50] [51]</li> <li>»nível de fósforo sérico: elevado</li> <li>Pode estar elevado em um paciente pruriginoso.</li> </ul>

## ◊ Prurido pós-herpético

História	Exame	1° exame	Outros exames
história recente de infecção por herpes-zóster; prurido localizado afeta >40% dos pacientes afetados:[58] pode ocorrer no mesmo	erupção cutânea na distribuição do dermatomo	»nenhuma: o diagnóstico é clínico	

**Comum****◊ Prurido pós-herpético**

História	Exame	1º exame	Outros exames
tempo e local que a neuralgia pós-herpética; sintomas típicos de infecção por herpes-zóster (ou seja, dor dermatomal seguida por erupção cutânea na área afetada)			

**◊ Depressão**

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido que ocorre durante todos os episódios de depressão e remite de modo espontâneo com a melhora da depressão	os pacientes parecem tristes, tensos, agitados ou com movimentos lentos, externando falta de prazer na vida ou sensação de desesperança, má qualidade do sono, pouca energia, apetite alterado (geralmente diminuído, mas pode ser aumentado), baixa concentração e memória; agitação psicomotora significativa	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico; a consulta com um psiquiatra é recomendada antes de se estabelecer o diagnóstico final	

**◊ Esquizofrenia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o prurido não é limitado a uma área específica e não tem características específicas; frequentemente é mascarado por vários outros sintomas da doença[20] [60]	os pacientes exibem pensamentos delirantes, alucinações, desorganização dos pensamentos e do comportamento, algum grau de prejuízo na realização de atividades da vida diária	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico; a consulta com um psiquiatra é recomendada antes de se estabelecer o diagnóstico final	

**Comum****◊ Prurido induzido por medicamento**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história recente de ingestão de um novo medicamento que é conhecido por induzir o prurido; geralmente, o prurido desaparece com o término do tratamento, mas algumas vezes pode aparecer como crises pruriginosas desencadeadas por fricção, banho em água quente ou estresse físico (por exemplo, prurido induzido por hidroxietilamido)	prurido localizado ou generalizado, algumas vezes com local típico (por exemplo, fricção do nariz e área perinasal no prurido induzido por opioide)	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	

**◊ Prurido pós-queimadura**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de queimadura; pode interferir no sono e nas atividades da vida diária[24] [25]	queimadura observada; dano adicional ao tecido resultante do ato de coçar pode ser notado[24]	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	

**Incomum****◊ Ascaríase**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ser assintomática; os sintomas gastrointestinais inespecíficos incluem anorexia, dispepsia, náuseas, vômito, diarreia, constipação, distensão abdominal; sintomas de larva migrans visceral: dor abdominal na peritonite ou obstrução do intestino delgado; febre, tosse, sibilância,	sinais de larva migrans visceral: dor à descompressão brusca e rigidez na peritonite; distensão e sensibilidade abdominal, ruídos hidroáreos reduzidos ou ausentes na obstrução do intestino delgado; hepatomegalia, sensibilidade do quadrante superior	» <b>microscopia das fezes:</b> ovos do parasita	

## Incomum

### ◊ Ascaríase

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispneia, hemoptise na pneumonia; fadiga na deficiência nutricional	direito, icterícia na ascaríase hepatobiliar; esplenomegalia; hipóxia, taquipneia, roncos, estertores, retrações na pneumonia; cabelo quebradiço, pele ressecada, edema, palidez conjuntival na deficiência nutricional		

### ◊ Amebíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de viagem a regiões endêmicas (México, América Central, oeste da América do Sul, Sul da Ásia e oeste e sul da África); dor abdominal no quadrante superior direito, febre, tosse no abscesso hepático amebiano	pode ser assintomática; diarreia leve até disenteria com sangue e muco nas fezes; sensibilidade no quadrante superior direito, icterícia no abscesso hepático amebiano; estado mental alterado ou fraqueza nos membros no abscesso cerebral amebiano	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>detecção do antígeno nas fezes:</b> positivo para o antígeno do parasita</li> <li>»<b>reação em cadeia da polimerase (PCR) ou PCR quantitativo (qPCR) das fezes para ácido desoxirribonucleico (DNA) de E histolytica:</b> amplificação do DNA amebiano</li> <li>»<b>teste de anticorpo sérico:</b> positivo para anticorpos antiamebianos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>microscopia das fezes:</b> cistos do parasita</li> </ul>

### ◊ Giardíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas gastrointestinais são os mais prevalentes: náuseas e vômitos; saciedade precoce, distensão abdominal; queimação subesternal; halitose com odor de ovo; cólicas	geralmente nada digno de nota	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>microscopia das fezes:</b> detecção de ovos e parasitas</li> <li>»<b>detecção do antígeno nas fezes; ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) e anticorpo</b></li> </ul>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

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

**Incomum****◊ Giardíase**

História	Exame	1º exame	Outros exames
abdominais; diarreia aquosa explosiva, flatulência fétida; e febre		<b>fluorescente direto (AFD):</b> positivos para parede de cisto » <b>ImmunoCard STAT!:</b> presença do antígeno	

**◊ Larva migrans cutânea**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a solo contaminado com fezes de animais	túneis na pele altamente pruriginosos, eritematosos, com aparência em espiral ou linear	» <b>nenhum teste inicial:</b> geralmente o diagnóstico é clínico	» <b>Hemograma completo:</b> pode apresentar eosinofilia » <b>biópsia de pele:</b> larvas visualizadas no canal folicular

**◊ Esquistossomose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de viagem a áreas endêmicas, exposição da pele a água doce contaminada, dor abdominal, hematúria, hematómese	fase aguda: reação alérgica febril com urticária, artrite e febre	» <b>microscopia de urina ou fezes:</b> visualização dos ovos » <b>urinálise:</b> detecção de hemoglobina, indício de proteinúria moderada, bactérias » <b>Hemograma completo:</b> eosinofilia frequentemente presente durante infecções agudas; anemia leve normocítica, normocrônica	» <b>sorologia para ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA):</b> anticorpos contra抗ígenos do parasita

**◊ Infecção por tênia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de consumo de carne mal cozida ou frutos do mar ou água contaminada; morador de região endêmica	geralmente não digna de nota para aqueles que abrigam tênia intestinal; pacientes com H nana podem	» <b>microscopia das fezes:</b> ovos e proglótides (grávidas/não grávidas) nas fezes	

**Incomum****◊ Infecção por tênia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
<p>ou trabalhador rural; infecção intestinal (por exemplo, por <i>Hymenolepis nana</i>, <i>Diphyllobothrium latum</i>, <i>Taenia saginata</i>) pode ser assintomática,[41] embora possam apresentar sintomas intestinais vagos, entre eles, dor abdominal, dor característica de fome, dor na língua e nas gengivas, perda de apetite, aumento do apetite, perda de peso, distensão abdominal, constipação, diarreia, sensação de "algo se mexendo por dentro" e/ou náuseas:[42] o paciente pode descrever segmentos de vermes nas fezes; os hospedeiros definitivos para <i>Taenia solium</i> também podem ser assintomáticos ou podem apresentar sintomas intestinais vagos como acima, ou ansiedade, cefaleias, tontura, urticária; pacientes com <i>H nana</i> podem apresentar uma erupção cutânea pruriginosa;[43] pode apresentar urticária no derrame do cisto equinocócico</p>	<p>ter erupções cutâneo-papulosas;[43] neurocisticercose pode revelar problemas neurológicos correspondentes a cistos no sistema nervoso central; a neurocisticercose extraparenquimatososa pode manifestar-se com um aumento da pressão intracraniana e hidrocefalia e tende a ser mais grave em sua apresentação;[44] na doença hidatoide, a apresentação varia de acordo com o tamanho, localização e condição do cisto</p>	<p>»<b>Hemograma completo:</b> eosinofilia moderada, anemia perniciosa megaloblástica</p> <p>»<b>ensaio EITB (Enzime-Linked Immunoelectrotransfer Blot Assay):</b> <i>Taenia solium</i> com抗ígenos com glicoproteína purificada (Western Blot)</p> <p>»<b>ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) e sorologia Western Blot para equinococos:</b> Equinococos com抗ígenos com glicoproteína purificada (Western Blot)</p> <p>»<b>ultrassonografia:</b> cistos hidáticos</p> <p>»<b>TC cranioencefálica:</b> calcificação cerebral na neurocisticercose</p> <p>»<b>ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica:</b> escólex de tênia de cisticercos extraparenquimatosos</p>	

**◊ Triquinose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
<p>consumo de carne crua ou malcozida; contato com doentes; pode manifestar mialgia e miosite, febre,</p>	<p>edema facial/periorbital, conjuntivite e hemorragias subconjuntivais; hemorragias em</p>	<p>»<b>Hemograma completo com diferencial:</b> leucocitose, eosinofilia</p>	<p>»<b>sorologia de anticorpos:</b> positiva</p> <p>»<b>biópsia muscular:</b> larvas na microscopia</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

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

## Incomum

## ◊ Triquinelose

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas e vômitos, dor abdominal, diarreia, erupção cutânea, prurido, sudorese, sensação de insetos se arrastando por baixo da pele, oligúria, com comprometimento muscular grave: disfagia, disfonia, dispneia, estado semelhante à paralisia; cefaleia	estilhas na retina e subungueais, outras características oculares, hepatomegalia, exantema maculopapular	» <b>creatina quinase e outras enzimas musculares:</b> elevado » <b>potássio sérico:</b> reduzida » <b>albumina sérica:</b> reduzida » <b>imunoglobulina E (IgE) sérica:</b> elevado	

## ◊ Dermatite herpetiforme

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de intolerância ao glúten; presença de outras doenças autoimunes; exacerbão dos sintomas decorrentes da exposição ao iodo (por exemplo, após comer frutos do mar)	presença de pápulas eritematosas pruriginosas, vesículas diminutas e bolhas pequenas sobre os joelhos, cotovelos, ombros, couro cabeludo e nádegas	» <b>detecção de anticorpos contra gliadina, reticulina, endomísio e transglutaminase tecidual (principalmente imunoglobulina A [IgA]):</b> presença de anticorpos contra endomísio de músculo liso, gliadina, transglutaminase e reticulina	» <b>imunofluorescência direta da biópsia de pele:</b> depósitos granulares de IgA nas papilas dérmicas » <b>histologia da biópsia de pele:</b> presença de bolhas subepidérmicas que apresentam microabscessos papilares na periferia

## ◊ Penfigoide bolhoso

História	Exame	1º exame	Outros exames
algumas vezes, história de ingestão de medicamentos (por exemplo, inibidores da enzima conversora da angiotensina [IECAs], diuréticos); erupções bolhosas ocorrem principalmente em idosos	bolhas rígidas em fundo eritematoso com prurido concomitante; as lesões iniciais podem ser urticiformes e muito pruriginosas; as lesões na mucosa podem ser observadas em 10% a 20% dos pacientes[46] [47] [48]	» <b>imunofluorescência direta da biópsia de pele:</b> depósitos de imunoglobulina G (IgG) e C3 ao longo da junção dermoepidérmica Resultados similares são observados no penfigoide cicatricial	» <b>imunofluorescência indireta:</b> detecção de anticorpos circulantes do tipo penfigoide (anti-BP1 e anti-BP2) Quando o soro de um paciente é incubado com uma pele humana normal pré-incubada em solução de NaCl a 1.0 M, os anticorpos

**Incomum****◊ Penfigoide bolhoso**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		ou na epidermólise bolhosa adquirida.	<p>reagem com o teto da bolha. Os kits ELISA (ensaio de imunoadsorção enzimática) ou de Western Blot permitem a caracterização imediata de autoanticorpos.</p> <p>»<b>histologia:</b> bolhas subepidérmicas com infiltrados perivasculares que consistem de linfócitos e eosinófilos na derme</p> <p>»<b>esfregaço sanguíneo:</b> eosinofilia (<math>&gt;0.4 \times 10^9/L</math> [400 eosinófilos/microlitro])</p>

**◊ Anemia ferropriva**

História	Exame	1º exame	Outros exames
algumas vezes história de sangramento, outras vezes inespecífica	sinais além do prurido:[52] glossite, queilite angular, membranas mucosas pálidas	» <b>morfologia do sangue:</b> volume corpuscular médio (VCM) baixo; hemoglobina corpuscular média (HCM) baixa; hemoglobina baixa	<p>»<b>nível sérico de ferro:</b> baixa O nível de ferro sérico dentro do intervalo normal não necessariamente descarta a anemia ferropriva.</p> <p>»<b>capacidade total de ligação do ferro (TIBC):</b> elevado</p> <p>»<b>ferritina sérica:</b> baixa</p>

**Incomum****◊ Neuropatia periférica diabética**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de diabetes do tipo 1 ou tipo 2; os fatores de risco incluem duração prolongada da diabetes (por exemplo, >10 anos), idade avançada (por exemplo, >70 anos), estatura alta e hiperglicemia; pode ser assintomática; os sintomas de neuropatia periférica incluem dor, disestesia, torpor, fraqueza é menos comum; pode estar associada a características de neuropatia autonômica (hipotensão ortostática, gastroparesia, disfunção esofágica, diarreia, incontinência fecal, disfunção vesical e disfunção erétil).	perda do sentido de vibração e de toque leve (pode exibir distribuição em meia e em luva), reflexos do tornozelo reduzidos, lesões indolores (especialmente nos pés)	» <b>nenhuma:</b> diagnóstico clínico	» <b>testes de condução nervosa:</b> velocidade de condução nervosa sensorial reduzida e amplitude diminuída Indicados em apresentações atípicas como neuropatia assimétrica.  » <b>eletromiografia (EMG):</b> pode ser normal em pacientes assintomáticos ou com sintomas leves ou pode exibir denervação na neuropatia mais grave  » <b>teste sensorial quantitativo (TSQ):</b> pode ser normal ou exibir redução da vibração e/ou do limiar de percepção térmica

**◊ Linfoma de Hodgkin**

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido generalizado prolongado [52] que frequentemente precede o diagnóstico	aumento dos linfonodos periféricos, febre, mal-estar, xerose cutânea	» <b>biópsia dos linfonodos:</b> características histológicas da doença de Hodgkin	» <b>ultrassonografia:</b> hepatomegalia, esplenomegalia, aumento dos linfonodos

**◊ Policitemia vera**

História	Exame	1º exame	Outros exames
trombose venosa ou arterial; sensação de coceira do tipo agulhadas que persiste por horas após banho quente; [53] [54] alguns pacientes também podem ter prurido aquagênico	sinais de trombose (por exemplo, coloração cianótica da pele da face, geralmente pletrórica com tonalidade azul-avermelhada; em geral,	» <b>morfologia do sangue:</b> eritrócitos elevados; leucócitos elevados; plaquetas elevadas; anisocitose e poiquilocitose de eritrócitos; hemoglobina	» <b>ultrassonografia:</b> hepatomegalia, esplenomegalia  » <b>aspirado de medula óssea:</b> aumento da densidade de células com numerosos

## Incomum

### ◊ Policitemia vera

História	Exame	1º exame	Outros exames
(ou seja, sensação de coceira intensa que se desenvolve imediatamente após contato com água em qualquer temperatura), cefaleia, tontura e parestesias acrais[55]	membranas mucosas orais escurecidas)	elevada; hematócrito elevado	eritroblastos e megacariócitos

### ◊ Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de abuso de drogas (especialmente por via intravenosa); troca frequente de parceiros sexuais; viagens para áreas endêmicas, especialmente aqueles com história de transfusão ou relação sexual desprotegida	características típicas de uma das condições comumente associadas a doenças dermatológicas como foliculite eosinofílica associada ao HIV, erupção papular pruriginosa, xerose, dermatite seborreica, psoríase, escabiose, infecções fúngicas superficiais, erupções por medicamentos, urticária, reações de fotossensibilidade	» <b>testes sorológicos:</b> identificação de anticorpos contra componentes do HIV Teste de rastreamento para a detecção de infecção por HIV. Deve ser confirmado pela detecção de vírus HIV.	» <b>carga viral (métodos reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa [RT-PCR] ou amplificação baseada na sequência do ácido nucleico [NASBA]):</b> presença de ácido ribonucleico (RNA) viral Detecção e avaliação da atividade da infecção viral.  » <b>contagem de CD4:</b> infecção por HIV de estágio 1: >500/microlitro; infecção por HIV de estágio 2: >200-499/microlitro; AIDS (estágio 3) <200/microlitro Determinação do estágio da infecção por HIV.

**Incomum****◊ Disfunção tireoidiana**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o prurido generalizado se desenvolve em 4% a 11% dos pacientes com hipertireoidismo; <a href="#">[56]</a> o prurido também ocorre no hipotireoidismo, principalmente devido à xerose cutânea; os sintomas de hipotireoidismo incluem ganho de peso, intolerância ao frio, fadiga, constipação, pele ressecada; os sintomas do hipertireoidismo incluem ansiedade, intolerância ao calor, palpitações, perda de peso, fraqueza, problemas oculares, diarreia, tremor, pele úmida	hipotireoidismo: bradicardia, pele seca e cerosa, mixedema; hipertireoidismo: taquicardia, aumento da tireoide, tremor, exoftalmia, pele úmida e lisa	» <b>hormônio estimulante da tireoide (TSH):</b> (hipertireoidismo) baixo ou (hipotireoidismo) elevado Tanto o hipertireoidismo quanto o hipotireoidismo podem produzir prurido.	» <b>fT4:</b> (hipotireoidismo) baixo ou (hipertireoidismo) elevado » <b>fT3:</b> (hipotireoidismo) baixo ou (hipertireoidismo) elevado

**◊ Prurido paraneoplásico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o prurido generalizado pode ser o primeiro e único sintoma de várias malignidades não mencionadas especificamente nesta monografia (por exemplo, carcinoides; cânceres de mama, estômago, pulmões, vulva, próstata, cólon, reto; leucemias; linfomas); sintomas de malignidade subjacente também podem estar presentes; algumas vezes o prurido pode ocorrer em estágios tardios do câncer acompanhando	prurido generalizado, algumas vezes associado à xerose	» <b>exames de imagem (ultrassonografia, raio-X, tomografia computadorizada [TC], ressonância nuclear magnética [RNM], cintilografia e outros, dependendo da malignidade suspeita):</b> presença de vários tumores Detecção de neoplasia e/ou metástases.	» <b>morfologia do sangue:</b> frequentemente anemia: hemoglobina baixa; leucocitose: leucócitos elevados Detecção de células malignas (leucemias) e de anemia sideropênica ou macrocítica que frequentemente acompanha as malignidades.  » <b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> >20 mm após 1 hora Marcador inespecífico de inflamação, também

**Incomum****◊ Prurido paraneoplásico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
caquexia e requerendo tratamento paliativo[57]			<p>aumentado em doenças malignas.</p> <p>» <b>proteína C-reativa:</b> elevado Marcador inespecífico de inflamação, também elevada em malignidades.</p> <p>» <b>biópsia:</b> células malignas Detecção de neoplasia e/ou metástases.</p> <p>» <b>outros (dependendo das malignidades suspeitas):</b> vários testes podem demonstrar anormalidades durante a evolução da doença maligna, dependendo do tipo de câncer Detecção da neoplasia.</p>

**◊ Prurido braquiorradial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de prurido simétrico na região do cotovelo, ao longo dos anexos proximais de músculo-tendão do músculo braquiorradial; algumas vezes o prurido se estende para as costas e ocasionalmente para o peito; os pacientes frequentemente relatam exacerbação após exposição solar[37]	geralmente sem anormalidades visíveis na pele; algumas vezes pode haver alterações secundárias (por exemplo, liquenificação e/ou hiperpigmentação) decorrentes do ato crônico de coçar ou esfregar	» <b>radiografia da coluna vertebral (porção cervical):</b> anormalidades na região C5-C8 Acredita-se que o prurido braquiorradial esteja relacionado à compressão das raízes nervosas da medula espinhal de C5 a C8.	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna vertebral (porção cervical):</b> anormalidades na região C5-C8 Acredita-se que o prurido braquiorradial esteja relacionado à compressão das raízes nervosas da medula espinhal de C5 a C8.  » <b>outras técnicas de imagem da</b>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

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

## Incomum

## ◊ Prurido braquiorradial

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<b>coluna vertebral (porção cervical):</b> anormalidades na região C5-C8 Acredita-se que o prurido braquiorradial esteja relacionado à compressão das raízes nervosas da medula espinhal de C5 a C8.

## ◊ Notalgia parestésica

História	Exame	1º exame	Outros exames
localizada, geralmente unilateral, prurido no dorso próximo à escápula nos dermatomos T2-T6; o prurido pode ser acompanhado por outros sintomas como queimação, sensação de picadas, dormência ou formigamento; a notalgia parestésica também pode ser um sintoma neurológico em pacientes com neoplasia endócrina múltipla 2A (carcinoma medular de tireoide, feocromocitoma, hiperplasia paratireoide) que deve ser excluída[38] [59]	geralmente sem anormalidades visíveis na pele; algumas vezes pode haver alterações secundárias (por exemplo, liquenificação e/ou hiperpigmentação) decorrentes do ato crônico de coçar ou esfregar	» <b>radiografia da coluna vertebral (porção torácica):</b> anormalidades na região T2-T6 Acredita-se que a notalgia parestésica seja induzida por compressão dos ramos posteriores das raízes nervosas da medula espinhal em T2-T6.	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna vertebral (porção torácica):</b> anormalidades na região T2-T6 Acredita-se que a notalgia parestésica seja induzida por compressão dos ramos posteriores das raízes nervosas da medula espinhal em T2-T6.  » <b>outras técnicas de imagem da coluna vertebral (porção torácica):</b> anormalidades na região T2-T6 Acredita-se que a notalgia parestésica seja induzida por compressão dos ramos posteriores das raízes nervosas da medula espinhal em T2-T6.

**Incomum****◊ Tumor cerebral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido frequentemente localizado (por exemplo, afetando o nariz e a face); o paciente pode apresentar outros sintomas/deficit neurológicos indicando tumor cerebral: por exemplo, sintomas de pressão intracraniana elevada (cefaleia, estado mental alterado, náuseas e/ou vômitos)	deficits neurológicos focais de acordo com o local do tumor; anormalidade de marcha; papiledema na pressão intracraniana elevada	» <b>RNM:</b> presença de tumor no cérebro Detecção da neoplasia. Exame definitivo, podendo ser administrado com contraste.	» <b>tomografia computadorizada (TC):</b> presença de tumor no cérebro Detecção da neoplasia. A TC é usada em centros onde a RNM não está disponível ou em pacientes nos quais a RNM é contraindicada (por exemplo, pacientes com marca-passo ou próteses de metal ortopédicas).

**◊ Acidente vascular cerebral (AVC)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de prurido neurogênico unilateral; outros sintomas mais comuns de AVC incluem fraqueza facial e/ou dos membros, parestesia ou dormência, dificuldade de fala, cefaleia, perda da visão ou visão dupla, confusão, tontura, vertigem, náusea, dor facial ou no pescoço, coordenação prejudicada	os deficits neurológicos focais de acordo com o local do AVC podem incluir hemiplegia, hemiparesia motora, hemiparesia sensorial, disfasia ou afasia, disartria, ataxia	» <b>RNM:</b> presença de área isquêmica/hemorrágica no cérebro A RNM é mais sensível que a tomografia computadorizada (TC) na detecção da isquemia cerebral, e pode ser a avaliação inicial preferida em centros onde está disponível. Entretanto, algumas vezes é realizada no período subagudo depois que a TC inicial foi obtida.	» <b>tomografia computadorizada (TC):</b> presença de área isquêmica/hemorrágica no cérebro A TC é usada em centros onde a RNM não está disponível ou em pacientes nos quais a RNM é contraindicada (por exemplo, pacientes com marca-passo ou próteses de metal ortopédicas).

## Incomum

### ◊ Esclerose múltipla

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido segmentar, simétrico, paroxístico que pode durar de vários segundos a alguns minutos; ataques de prurido que geralmente acordam o paciente do sono; os episódios podem ser espontâneos ou desencadeados por um banho ou movimento súbito[20]	prurido e escoriações evidentes podem estar presentes em qualquer parte do corpo	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) do cérebro e da coluna vertebral:</b> pontos brilhantes na imagem que correspondem a áreas de desmielinização A combinação de sintomas clínicos, RNM e exame do líquido cefalorraquidiano pode ajudar a obter um diagnóstico definitivo de esclerose múltipla.	» <b>líquido cefalorraquidiano:</b> banda oligoclonal na eletroforese de proteínas, evidências de inflamação crônica A combinação de sintomas clínicos, RNM e exame do líquido cefalorraquidiano pode ajudar a obter um diagnóstico definitivo de esclerose múltipla.

### ◊ Prurido psicogênico

História	Exame	1º exame	Outros exames
critério compulsório: prurido crônico (>6 semanas), localizado ou generalizado, sem lesões cutâneas primárias ou outras causas somáticas; critérios adicionais (3 de 7 devem estar presentes): relação cronológica do prurido com 1 ou vários eventos da vida que poderiam ter repercussão psicológica, variações na intensidade associada ao estresse, variações noturnas, predominância durante o repouso ou inatividade, associada a distúrbios psicológicos, prurido que poderia ser melhorado com medicamentos psicotrópicos, prurido	nenhum sinal físico de doença de pele ou outras doenças que poderiam ser responsáveis pelo prurido	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico Muitos testes podem ser realizados para descartar outras etiologias de prurido.	

**Incomum****◊ Prurido psicogênico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
que poderia ser melhorado com psicoterapias[61]			

**◊ Transtorno delirante persistente**

História	Exame	1º exame	Outros exames
delírios de parasitose	nenhum sinal físico ou de doença cutânea e parasitose	» <b>microscopia de raspagens da pele:</b> ausência de ácaros ou de seus ovos Algumas vezes necessária para descartar escabiose. Do contrário, o diagnóstico é baseado no exame psiquiátrico.	

**◊ Filariose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
urticária, prurido, verme migrante pode ser observado sob a pele	dermatite e nódulos; infestação por Loa loa mais provável de se manifestar com defeitos visuais e sinais de infecção ocular	» <b>Hemograma completo:</b> eosinofilia » <b>esfregaço de sangue com coloração de Giemsa:</b> identifica microfilárias » <b>esfregaço de sangue periférico:</b> identifica microfilárias	

**◊ Infecção por Strongyloides**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de migração de partes endêmicas do mundo; dor abdominal, hábito intestinal alterado e perda de peso são sintomas comuns; o paciente	dermatite, larva currens; se houver hiperinfecção, pode haver sinais de sepse	» <b>exame de fezes:</b> ovos e parasitas » <b>Hemograma completo:</b> eosinofilia	» <b>radiografia torácica:</b> infiltrados pulmonares » <b>biópsia de tecido e de pele:</b> larvado do Strongyloides

**Incomum****◊ Infecção por Strongyloides**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode se queixar de prurido			

**Diretrizes de diagnóstico****Europa**

**Consensus based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I**

**Publicado por:** European Dermatology Forum  
**Última publicação em:** 2018

---

**Consensus based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II**

**Publicado por:** European Dermatology Forum  
**Última publicação em:** 2018

---

**British Association of Dermatologists' guidelines for the investigation and management of generalized pruritus in adults without an underlying dermatosis**

**Publicado por:** British Association of Dermatologists  
**Última publicação em:** 2018

**América do Norte**

**Guidelines of care for the management of atopic dermatitis**

**Publicado por:** American Academy of Dermatology  
**Última publicação em:** 2014

## Artigos principais

- Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:291-294. [Resumo](#)
- Manenti L, Tansinda P, Vaglio A. Uraemic pruritus: clinical characteristics, pathophysiology and treatment. *Drugs.* 2009;69:251-263. [Resumo](#)
- Paus R, Schmelz M, Biro T, et al. Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J Clin Invest.* 2006;116:1174-1186. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M, et al. Neurophysiological, neuroimmunological, and neuroendocrine basis of pruritus. *J Invest Dermatol.* 2006;126:1705-1718. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM.* 2003;96:7-26. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bell PL, Gabriel V. Evidence based review for the treatment of post-burn pruritus. *J Burn Care Res.* 2009;30:55-61. [Resumo](#)
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al; American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Part 1: Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:338-351. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Moses S. Pruritus. *Am Fam Physician.* 2003;68:1135-1142. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:291-294. [Resumo](#)
2. Ständer S, Schäfer I, Phan NQ, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology.* 2010;221:229-235. [Resumo](#)
3. Dalgard F, Holm JO, Svensson A, et al. Self reported skin morbidity and ethnicity: a population-based study in a Western community. *BMC Dermatol.* 2007;7:4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Dalgard F, Lien L, Dalen I. Itch in the community: associations with psychosocial factors among adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:1215-1219. [Resumo](#)
5. Ständer S, Streit M, Darsow U, et al. Diagnostic and therapeutic procedures in chronic pruritus [in German]. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4:350-370. [Resumo](#)
6. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol.* 1988;124:1052-1057. [Resumo](#)

7. Yosipovitch G, Goon A, Wee J, et al. The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *Br J Dermatol.* 2000;143:969-973. [Resumo](#)
8. Szepietowski JC, Reich A, Wisnicka B. Itching in patients suffering from psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2002;10:221-226. [Resumo](#)
9. Szepietowski JC, Reich A. Pruritus in psoriasis: an update. *Eur J Pain.* 2016;20:41-46. [Resumo](#)
10. Manenti L, Tansinda P, Vaglio A. Uraemic pruritus: clinical characteristics, pathophysiology and treatment. *Drugs.* 2009;69:251-263. [Resumo](#)
11. Weiss M, Mettang T, Tschulena U, et al. Prevalence of chronic itch and associated factors in haemodialysis patients: a representative cross-sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2015;95:816-821. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Szepietowski JC, Sikora M, Kusztal M, et al. Uremic pruritus: a clinical study of maintenance hemodialysis patients. *J Dermatol.* 2002;29:621-627. [Resumo](#)
13. Paus R, Schmelz M, Biro T, et al. Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J Clin Invest.* 2006;116:1174-1186. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Sun YG, Zhao ZQ, Meng XL, et al. Cellular basis of itch sensation. *Science.* 2009;325:1531-1534. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Akiyama T, Tominaga M, Takamori K, et al. Roles of glutamate, substance P, and gastrin-releasing peptide as spinal neurotransmitters of histaminergic and nonhistaminergic itch. *Pain.* 2014;155:80-92. [Resumo](#)
16. Papoiu AD, Coghill RC, Kraft RA, et al. A tale of two itches. Common features and notable differences in brain activation evoked by cowhage and histamine induced itch. *Neuroimage.* 2012;59:3611-3623. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M, et al. Neurophysiological, neuroimmunological, and neuroendocrine basis of pruritus. *J Invest Dermatol.* 2006;126:1705-1718. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Ishiiji Y, Coghill RC, Patel TS, et al. Distinct patterns of brain activity evoked by histamine-induced itch reveal an association with itch intensity and disease severity in atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2009;161:1072-1080. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM.* 2003;96:7-26. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Yosipovitch G, Greaves MW, Fleischer AB, et al. Itch: basic mechanisms and therapy. New York, Basel: Marcel Dekker; 2004.
21. Meyer N, Paul C, Misery L. Pruritus in cutaneous T-cell lymphomas: frequent, often severe and difficult to treat. *Acta Derm Venereol.* 2010;90:12-17. [Resumo](#)

22. Yosipovitch G, Samuel LS. Neuropathic and psychogenic itch. *Dermatol Ther.* 2008;21:32-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Berny-Moreno J, Szepietowski JC. Neuropathic itch caused by nerve root compression: brachioradial pruritus and notalgia paresthetica. *Serbian J Dermatol Venereol.* 2009;2:68-72.
24. Bell PL, Gabriel V. Evidence based review for the treatment of post-burn pruritus. *J Burn Care Res.* 2009;30:55-61. [Resumo](#)
25. Goutos I, Eldardiri M, Khan AA, et al. Comparative evaluation of antipruritic protocols in acute burns: the emerging value of gabapentin in the treatment of burns pruritus. *J Burn Care Res.* 2010;31:57-63. [Resumo](#)
26. Andreev VC, Petkov I. Skin manifestations associated with tumours of the brain. *Br J Dermatol.* 1975;92:675-678. [Resumo](#)
27. Summers CG, MacDonald JT. Paroxysmal facial itch: a presenting sign of childhood brainstem glioma. *J Child Neurol.* 1988;3:189-192. [Resumo](#)
28. Kimyai-Asadi A, Nousari HC, Kimyai-Asadi T, et al. Poststroke pruritus. *Stroke.* 1999;30:692-693. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Massey EW. Unilateral neurogenic pruritus following stroke. *Stroke.* 1984;15:901-903. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Shapiro PE, Braun CW. Unilateral pruritus after a stroke. *Arch Dermatol.* 1987;123:1527-1530. [Resumo](#)
31. King CA, Huff FJ, Jorizzo JL. Unilateral neurogenic pruritus: paroxysmal itching associated with central nervous system lesions. *Ann Intern Med.* 1982;97:222-223. [Resumo](#)
32. Ständer S, Augustin M, Reich A, et al. Pruritus assessment in clinical trials: consensus recommendations from the International Forum for the Study of Itch (IFSI) Special Interest Group Scoring Itch in Clinical Trials. *Acta Derm Venereol.* 2013;93:509-514. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Ständer S, Blome C, Breil B, et al. Assessment of pruritus - current standards and implications for clinical practice: consensus paper of the Action Group Pruritus Parameter of the International Working Group on Pruritus Research (AGP) [in German]. *Hautarzt.* 2012;63:521-522, 524-531. [Resumo](#)
34. Reich A, Heisig M, Phan NQ, et al. Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:497-501. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Furue M, Ebata T, Ikoma A, et al. Verbalizing extremes of the visual analogue scale for pruritus: a consensus statement. *Acta Derm Venereol.* 2013;93:214-215. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007;157:1116-1123. [Resumo](#)

37. Mirzoyev SA, Davis MD. Brachioradial pruritus: Mayo Clinic experience over the past decade. *Br J Dermatol.* 2013;169:1007-1015. [Resumo](#)
38. Ellis C. Notalgia paresthetica: the unreachable itch. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3:3-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al; American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Part 1: Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:338-351. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1980;(suppl 92):44-47.
41. Khalil HM, el Shimi S, Sarwat MA, et al. Recent study of *Hymenolepis nana* infection in Egyptian children. *J Egypt Soc Parasitol.* 1991;21:293-300. [Resumo](#)
42. Wittner M, Tanowitz HB, White AC. Taenia and other tapeworms. In: Guerrant RL, Walker DH, Weller PF, eds. *Tropical infectious diseases: principles, pathogens & practice.* 1st ed. Oxford, UK: Churchill Livingstone; 2005:1327-1340.
43. Di Lernia V, Ricci C, Albertini G. Skin eruption associated with *Hymenolepis nana* infection. *Int J Dermatol.* 2004;43:357-359. [Resumo](#)
44. Cuetter AC, Garcia-Bobadilla J, Guerra LG, et al. Neurocysticercosis: focus on intraventricular disease. *Clin Infect Dis.* 1997;24:157-164. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Sunderkötter C, Mayser P, Folster-Holst R, et al. Scabies. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007;5:424-430. [Resumo](#)
46. Yancey KB, Egan CA. Pemphigoid: clinical, histologic, immunopathologic, and therapeutic considerations. *JAMA.* 2000;284:350-356. [Resumo](#)
47. Alonso-Llamazares J, Rogers RS 3rd, Oursler JR, et al. Bullous pemphigoid presenting as generalized pruritus: observations in six patients. *Int J Dermatol.* 1998;37:508-514. [Resumo](#)
48. Bakker CV, Terra JB, Pas HH, et al. Bullous pemphigoid as pruritus in the elderly: a common presentation. *JAMA Dermatol.* 2013;149:950-953. [Resumo](#)
49. Szepietowski JC, Reich A, Schwartz RA. Uraemic xerosis. *Nephrol Dial Transplant.* 2004;19:2709-2712. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Cohen EP, Russell TJ, Garancis JC. Mast cells and calcium in severe uremic itching. *Am J Med Sci.* 1992;303:360-365. [Resumo](#)
51. Duque MI, Thevarajah S, Chan YH, et al. Uremic pruritus is associated with higher Kt/V and serum calcium concentration. *Clin Nephrol.* 2006;66:184-191. [Resumo](#)
52. Moses S. Pruritus. *Am Fam Physician.* 2003;68:1135-1142. [Texto completo](#) [Resumo](#)

53. Diehn F, Tefferi A. Pruritus in polycythaemia vera: prevalence, laboratory correlates and management. *Br J Haematol.* 2001;115:619-621. [Resumo](#)
54. Gangat N, Strand JJ, Lasho TL, et al. Pruritus in polycythemia vera is associated with a lower risk of arterial thrombosis. *Am J Hematol.* 2008;83:451-453. [Resumo](#)
55. Saini KS, Patnaik MM, Tefferi A. Polycythemia vera-associated pruritus and its management. *Eur J Clin Invest.* 2010;40:828-834. [Resumo](#)
56. Caravati CM Jr, Richardson DR, Wood BT, et al. Cutaneous manifestations of hyperthyroidism. *South Med J.* 1969;62:1127-1130. [Resumo](#)
57. Weisshaar E, Weiss M, Mettang T, et al. Paraneoplastic itch: an expert position statement of the Special Interest Group (SIG) of the International Forum on the Study of Itch (IFSI). *Acta Derm Venereol.* 2015;95:261-265. [Resumo](#)
58. Oaklander AL, Bowsher D, Galer B, et al. Herpes zoster itch: preliminary epidemiologic data. *J Pain.* 2003;4:338-343. [Resumo](#)
59. Chabre O, Labat F, Pinel N, et al. Cutaneous lesion associated with multiple endocrine neoplasia type 2A: lichen amyloidosis or notalgia paresthetica? *Henry Ford Hosp Med J.* 1992;40:245-248. [Resumo](#)
60. Mazeh D, Melamed Y, Cholostoy A, et al. Itching in the psychiatric ward. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:128-131. [Resumo](#)
61. Misery L, Alexandre S, Dutray S, et al. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French Psychodermatology Group. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:341-344. [Resumo](#)

## Imagens



Figura 1: Urticária aguda: pápulas típicas

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 2: Urticária: pápulas

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 3: Escabiose

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 4: Escabiose: lesões típicas dentro das áreas interdigitais

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 5: Psoríase tipo placa

Do acervo de Adam Reich MD, PhD

IMAGES



Figura 6: Psoríase: placas simétricas nas costas cobertas com escamas espessas

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



IMAGES

Figura 7: Urticária solar: fotoprovocação sob exposição de UVA (raios ultravioletas do tipo A)

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 8: dermatite atópica: eritema, escoriações e liquenificação na área poplítea

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



*Figura 9: Liqueficação decorrente do ato de coçar crônico em um paciente com dermatite atópica*

Do acervo de Adam Reich MD, PhD

IMAGES



*Figura 10: Prurigo nodular: uma doença com extensas lesões decorrentes do ato de coçar*

*Do acervo de Adam Reich MD, PhD*



IMAGES

Figura 11: Prurigo nodular: observe que a parte superior das costas foi pouparada, pois é uma região de difícil acesso para coçar

Do acervo de Adam Reich MD, PhD

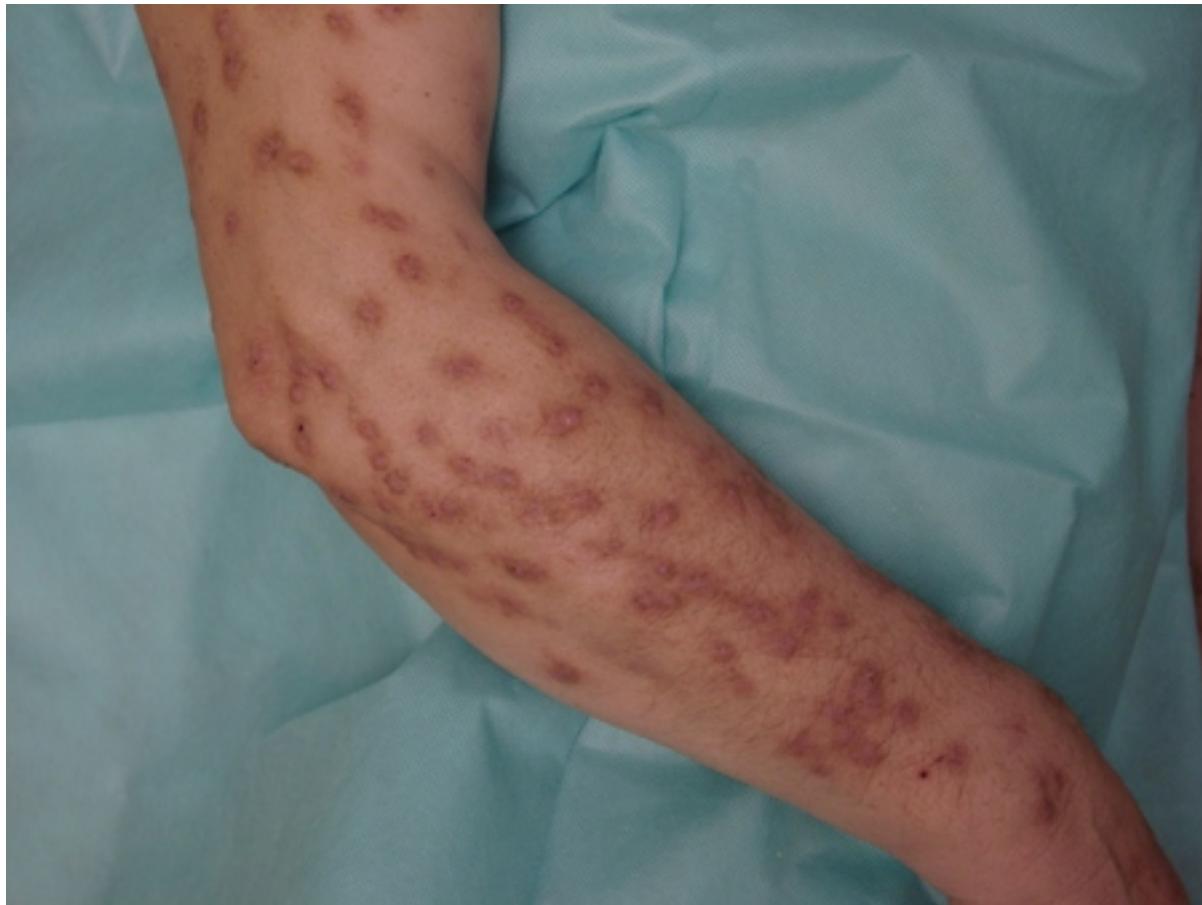


Figura 12: Prurigo nodular: lesões decorrentes do ato de coçar

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



*Figura 13: Dermatite atópica: dermografismo branco*

Do acervo de Adam Reich MD, PhD

IMAGES



Figura 14: Líquen plano: rede estriada na mucosa bucal

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 15: Líquen plano: pápulas violáceas, achatadas com o fenômeno de Körner visível (seta)

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



Figura 16: Dermatite herpetiforme: lesões típicas na superfície extensora do antebraço

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



IMAGES

Figura 17: Dermatite herpetiforme: vesículas altamente pruriginosas, pequenas bolhas e erosões nas superfícies extensoras dos membros

Do acervo de Adam Reich MD, PhD



*Figura 18: Penigoide bolhoso: bolhas rígidas e erosões em fundo eritematoso*

Do acervo de Adam Reich MD, PhD

## 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
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 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](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

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](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Jacek C. Szepietowski, MD, PhD**

Professor

Head of Department of Dermatology Venereology and Allergology, Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

DIVULGAÇÕES: JCS is an author of a number of references cited in this topic.

#### **Adam Reich, MD, PhD**

Professor

Head of Department of Dermatology, University of Rzeszow, Poland

DIVULGAÇÕES: AR served as consultant or speaker for, or participated in, clinical trials sponsored by Abbvie Laboratories, Actavis, Actelion, Amgen, Bioderma, Celgene, Chema Electromet, Eli Lilly, Galderma, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, LEO Pharma, Medac, Menlo, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre Medicament, Regeneron, and Trevi. AR is an author of a number of references cited in this topic.

### // Colegas revisores:

#### **Sonia Stander, MD, PhD**

Professor of Clinical Neurodermatology

Department of Dermatology, University Hospital, Münster, Germany

DIVULGAÇÕES: SS is an author of a reference cited in this monograph.

#### **Uwe Gieler, MD, PhD**

Professor

Head of Department of Psychosomatic Medicine, Justus-Liebig University, Gießen, Germany

DIVULGAÇÕES: UG declares that he has no competing interests.

#### **James De Bloom, MD**

South Carolina Skin Cancer Center

Greenville, SC

DIVULGAÇÕES: JDB declares that he has no competing interests.