

Unidade 7.2 - Doenças Dermatológicas do Doente com HIV/SIDA

Introdução

As doenças dermatológicas são muito frequentes nos doentes HIV+. Estas lesões são também comuns nos doentes seronegativos, mas nos doentes HIV+ são mais persistentes ou graves, sendo que a frequência e o número dessas manifestações correlacionam-se com o estado imunológico do doente e com a progressão da doença. Muitas vezes, são condições de estadió clínico da OMS. Deste modo, o Técnico de Medicina deve ser capaz de diagnosticá-las precocemente, fazer o diagnóstico diferencial e o tratamento adequado para curá-las e/ou para evitar complicações.

Nesta unidade serão apresentados os seguintes conteúdos:

Causas das doenças dermatológicas no doente com HIV/SIDA:

- Doenças dermatológicas causadas pelo HIV
- Doenças causadas por infeções oportunistas
- Doenças associadas à infeção
- Complicações da medicação
- Outras doenças

Problemas Dermatológicos no Doente com HIV/SIDA

Alguns problemas dermatológicos são descritos a seguir:

Causados pelo HIV

- Erupção cutânea generalizada associada à seroconversão

Causados por infeções oportunistas

- Infeção criptocócica disseminada

Doenças associadas a infeção

- Sarcoma de Kaposi

Complicações da medicação

- Reacção Adversa a Medicamentos (RAM): Sulfamidas, NVP, EFV, ABC
- SIR (Síndrome de Imuno-Reconstituição)

Outras Doenças

- Dermatite seborreica
- *Prurigo nodularis*
- Psoríase
- Lepra
- Herpes Zóster
- Sífilis
- Verrugas genitais
- Escabiose
- Infeções bacterianas: celulite, impetigo, abscesso
- Angiomatose Bacilar
- *Molluscum contagiosum*

Problemas Causados pelo HIV

Erupção Cutânea Generalizada

É uma erupção eritematosa, maculopapular que se localiza na face, tronco, extremidades, pode envolver as palmas das mãos e planta dos pés, ocorre na fase aguda da infeção pelo HIV.

Também pode incluir: lesões muco cutâneas (incluindo úlceras) da boca, genitália, e/ou esófago.

Problemas Causados por Infecções Oportunistas

Infecção Criptocócica Disseminada

- A infecção criptocócica disseminada não é exclusivamente uma infecção que afecta a pele, pode também afectar os pulmões e as meninges.
- É uma doença causada pelo *Cryptococcus neoformans*.
- A infecção inicial ocorre no pulmão. A infecção disseminada pode resultar em foco meníngeo, lesões ósseas e alergia cutânea (disseminação similar ao *molluscum contagiosum*).
- A infecção criptocócica disseminada é uma doença que define o estadio IV da OMS, geralmente ocorre com contagens de CD4 <100 cels/mm³.
- Se aparecem lesões suspeitas de criptococose e o doente está iniciando o TARV, deverá suspeitar-se do SIR (Síndrome de Imuno-Restauração)

Anamnese e Exame Físico

Anamnese: Perguntar ao doente pelo tempo de duração e aparecimento da erupção cutânea e sobre quaisquer sintomas neurológicos.

Exame Físico: Erupção papular disseminada, lesões ulcerosas, umbilicadas em alguns casos (semelhantes ao molluscum).



Figura 1: Infecção Criptocócica disseminada

©Wellcome Trust, 2003

Diagnóstico e Tratamento

Diagnóstico clínico: Diferenciar do *molluscum contagiosum* e do sarcoma de Kaposi. Verificar CD4.

Tratamento: O doente deve ser referido para a confirmação do diagnóstico pelo médico. O tratamento é com antifúngicos de acordo com as directrizes nacionais.

Doenças Associadas à Infecção pelo HIV

Sarcoma de Kaposi

É tratado na unidade 4 deste módulo.

Problemas Causados por Complicações das Medicações

As Reacções Adversas a Medicamentos (RAM) e o Síndrome de Imuno-Reconstituição (SIR) serão tratados nas respectivas unidades.

Problemas Dermatológicos Causados por Outras Doenças

Dermatite seborreica

A dermatite seborreica é um distúrbio papulo-eritematoso caracterizado por escamas gordurosas predominantemente encontradas nas áreas da pele ricas em sebo (escalpe, face, tronco). É comum no doente com SIDA, e a forma generalizada (eritrodermia esfoliativa) pode ocorrer com maior frequência nestes doentes.

A dermatite seborreica é uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV. Esta doença define o estadio II da OMS, e geralmente ocorre em contagens de CD4 <500.

A dermatite seborreica pode ser a manifestação cutânea inicial da doença por HIV.



Figura 2: *Dermatite Seborreica*

Fonte: I-TECH Namíbia Parte II do curso sobre IO

Diagnóstico e Conduta a Seguir:

O diagnóstico é primariamente clínico, apresenta-se com pele rosada e edematosa, com escamas gordurosas.

Conduta a Seguir:

Interromper o uso de vaselina, usar um creme aquoso ou não usar nada.

Usar cremes imidazólicos com ou sem esteróide tópico¹. A administração dum esteróide tópico 1% pode acelerar as recorrências, pelo que será útil fazer primeiramente um ensaio.

Outros remédios tópicos são: alcatrão de hulha, cremes calmantes, champô antifúngico ou hulha.

Prurigo Nodularis:

É uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV. Dermatose muito pruriginosa, de carácter crónico e recidivante. É caracterizado por erupção de pápulas ou nódulos, centrados por vesícula ou crosta, localizados simetricamente sobre as faces de extensão dos membros, dorso e, por vezes, na face, e que provocam muita coceira. É uma condição do estadio II da OMS.

Normalmente evolui com cicatriz hiperpigmentada. Às vezes complica-se com infecção bacteriana.

O tratamento é com anti-histamínicos via oral e administram-se loções de Calamina e esteróides tópicos. Se for muito intenso e resistente, referir ao médico. Muitas vezes o tratamento não tem sucesso e só acaba melhorando com o TARV.

¹ Referência: Colette van Hees & Ben Naafs, Doenças de Pele Comuns na África, 2001



Figura 3: Prurigo Nodularis

Fonte das imagens: www.AIDS-HOSPICE.com

Psoríase

A psoríase é tão comum nos doentes com HIV como nos doentes não infectados pelo HIV. No entanto, as apresentações tendem a ser mais graves nos primeiros, e são difíceis de tratar. O tratamento anti-retroviral pode melhorar a psoríase, mas a doença pode não estar curada.

Em Moçambique não estão disponíveis tratamentos avançados para esta doença, e os casos complicados/graves devem ser encaminhados.



Imagens com a permissão do Dr. Rui Bastos. Maputo.

Figura 4: Psoríase

Imagens com a permissão do Dr. Rui Bastos, Maputo, Moçambique

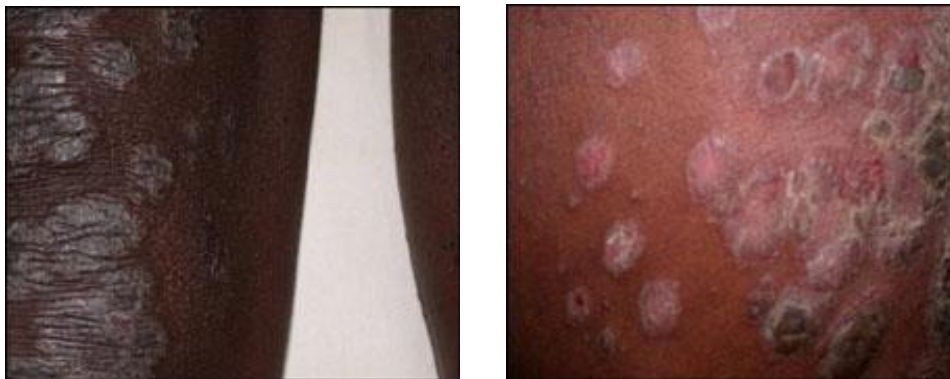


Figura 5: Psoríase

Imagens com a permissão do Dr. Rui Bastos, Maputo, Moçambique

As lesões podem ser grandes e numerosas e espalhadas por todas as partes do corpo.

Herpes Zóster (zona ou lume da noite)

Esta patologia é uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV. O agente causador é o vírus da varicela herpes zóster, pertencente à família dos herpes vírus. Apresenta-se como uma erupção de vesículas e bolhas, normalmente aparece só de um lado (unilateral), muitas vezes associada a dor local intensa e distribuída ao longo do trajecto dum nervo cutâneo. É comum no peito, mas também ocorre nas pernas, nos braços ou no rosto.

As vesículas podem transformar-se em lesões e, mais tarde, em crostas que deixam cicatrizes.

As complicações associadas podem ser:

- Infecção bacteriana secundária; ulceração e necrose;
- Neuralgia pós herpética.

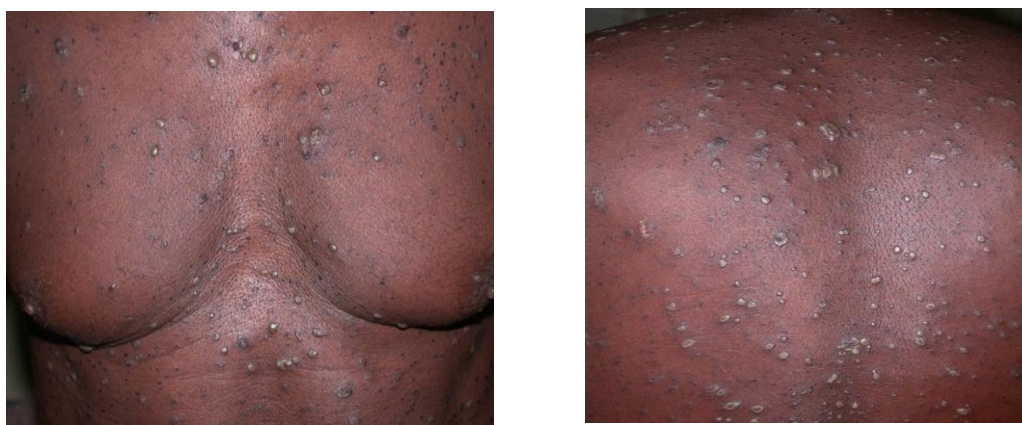


Figura 5: Infecção viral por Varicela Zóster – infecção primária (varicela)

Fonte: ©Wellcome Trust, 2003



Figura 6: Herpes Zóster

Fonte: ©Wellcome Trust, 2003

Tratamento:

- Limpeza e desinfecção do local com anti-sépticos;
- Analgésicos: AAS, Paracetamol, Diclofenac ou Ibuprofeno;
- Aciclovir oral (entre 72 horas da aparição das vesículas)²: 800mg por via oral, de 4/4 horas (5 vezes ao dia) durante 7 a 10 dias, se grave ou lesão de órgão nobre;
- Antibioterapia se houver infecção secundária.

Atenção:

- Recomenda-se cautela quando existir o envolvimento do olho ou dermatoses em volta dos olhos. Caso ocorra, deve-se proceder o encaminhamento imediato do doente.
- A queratite herpética pode-se desenvolver e pôr em perigo a visão do olho afectado.

É importante lembrar que:

- ✓ Nos doentes imunodeprimidos, o herpes Zóster é frequentemente grave, hemorrágico e necrótico.
- ✓ A neuralgia pós-herpética pode ser grave, intolerante e de difícil controlo, sendo por vezes necessário utilizar opiáceos fracos (codeína) e/ou neurolépticos (amitriptilina, carbamazepina)
- ✓ Consulte o médico se a lesão é muito grave

Sífilis

A sífilis pode apresentar-se com lesões primárias (chaga) nas áreas de exposição inicial (genitália, lábios), ou como manifestações secundárias, mas largamente dispersas (condiloma lata, manchas mucosas).

Sífilis Secundária: Caracterizada por lesões cutâneas, que envolvem muitas vezes as palmas e as plantas dos pés, simétricas que podem imitar quase todas as doenças da pele. Tipicamente não provocam coceira.

Uma forma característica da sífilis secundária é o condiloma lata. As lesões do condiloma lata são indolores, altamente infecciosas e podem ser elevadas, planas, semelhantes às verrugas, de cor rosada a cinzenta pálida com superfície aparentemente lisa; as lesões são frequentemente associadas a outros sinais de sífilis secundária (febre, dor de garganta, erupção cutânea e adenopatia, etc.).



Figura 7: Condiloma lata: lesões da mucosa na sífilis secundária

Fonte: ©Wellcome Trust, 2003

² Referência: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy

Diagnóstico: clínico e de laboratório.

Tratamento: Penicilina Benzatínica, conforme as normas nacionais.

Verrugas Genitais (Condiloma Acuminado)

As verrugas genitais são sinais de uma infecção transmitida por via sexual causada pelo vírus do papiloma humano (HPV).

O contacto sexual é a rota de exposição mais comum, mas no entanto também pode ocorrer a transmissão de uma verruga activa para outras superfícies corporais.

O tratamento local (Podofilina, ácido tricloroacético, crioterapia com nitrogénio líquido etc.) pode controlar as lesões de pequenas dimensões, enquanto os condilomas grandes e/ou recidivantes são de difícil controlo em doentes com imunossupressão³.

Escabiose

A escabiose é uma infecção dermatológica causada pelo *Sarcoptes scabiei*. O ácaro da pele é transmitido por via do contacto prolongado e ocasionalmente pela roupa de cama, etc.

Os principais sintomas são coceira (dia e noite) e as resultantes escoriações da pele e do corpo (normalmente poupando a face nos adultos). Uma constatação comum são as lesões em cova que ocorrem nos espaços entre os dedos.

O diagnóstico é clínico, o tratamento inclui o uso de loções que contêm Permetrina.



Figura 8: Escabiose

A escabiose pode afectar pessoas infectadas pelo HIV. Esta imagem mostra a doença grave nas localizações típicas. Há buracos e pápulas sobre o caminho do ácaro da escabiose. As lesões são muito pruriginosas, os ácaros podem ser transmitidos a outras pessoas.

Fonte: Imagem com a permissão do Dr. Rui Bastos, Maputo, Moçambique

A escabiose pode apresentar prurido difuso com alguns buracos nos dedos, pulsos, mamilos, abdómen, genitais, nádegas e tornozelos.

Nas pessoas imunodeprimidas, pode ocorrer de forma grave com lesões difusas e incrustadas envolvendo a parte superior do pescoço, esta forma chama-se *escabiose norueguesa ou incrustada*. Normalmente somente alguns ácaros causam esta condição; pessoas com *escabiose norueguesa* podem possuir milhares de ácaros



Figura 9: Escabiose

Fonte: Imagem com a permissão do Dr. Rui Bastos, Maputo, Moçambique

³ Referência: Colette van Hees & Ben Naafs, Doenças de Pele Comuns na África, 2001



Figura 10: *Imagens da incrustação extensa da escabiose*

Fonte: Imagens com a permissão do Dr. Rui Bastos, Dermatologista Faculdade de Medicina, Maputo Moçambique.



Figura 11: *Imagem do envolvimento grave nos locais típicos.*

Fonte: Imagem com a permissão do Dr. Rui Bastos, Dermatologista Faculdade de Medicina, Maputo Moçambique.

Tratamento Tópico para a Escabiose

- Emulsão com 20-25% de benzoato de benzilo. Aplicar nas zonas afectadas do pescoço para baixo e deixar actuar durante 12-24 horas e enxugar. Repetir após uma semana.
- Loção 1% de gammabenzeno hexaclorado (Scabine, Lindane). Aplicar nas zonas afectadas do pescoço para baixo e lavar depois de 8-12 horas. Repetir após uma semana se permanecerem organismos vivos;
 - É muito eficaz mas apresenta um pequeno risco de toxicidade.
 - Evitar em crianças <2 anos de idade e nas mulheres grávidas
- Creme 5% de permetrina (Elimite, Acitin). Aplicar nas zonas afectadas do pescoço para baixo e lavar depois de 8-12 horas. Repetir depois de uma semana se permanecerem organismos vivos.
- 10% de crotamiton (Eurax) é menos eficaz. Aplicar nas zonas afectadas do pescoço para baixo em cada 24 horas durante 1-3 dias e lavar bem 48 horas após a última aplicação. Repetir após uma semana, se necessário.

Além do doente, é preciso tratar todas as pessoas que tiveram contacto íntimo com ele. Em caso de escabiose com infecções secundárias, os doentes devem ser tratados com antibióticos antes de aplicar o tratamento tópico.

Para poder evitar a transmissão posterior da escabiose, as roupas e artigos pessoais devem ser lavados e isolados (os ácaros e os seus ovos e larvas morrem em 10 dias):

- Lavagem com água quente e secar ao sol toda a roupa;
- Colocar os artigos pessoais em sacos plásticos durante 10 dias.

Apesar de matarem os ácaros de forma eficaz com a terapia tópica ou oral, são frequentemente necessários esteróides tópicos para controlar o prurido.

Infecções Bacterianas

São infecções dermatológicas tão comuns no doente HIV+ como no HIV-. No entanto, as infecções graves, especialmente as profundas tais como a piomiosite, constituem doenças que definem o estadio III da OMS. Clinicamente aparecem como foliculite, impetigos, eczemas, erisipela, abscessos subcutâneos, celulites, piomiosites e hidrosadenites supurativas.

Os agentes que a provocam são principalmente *Estafilococos*, mas quaisquer outras bactérias podem ser responsáveis por estas infecções.

Tratamento:

- Limpeza e desinfecção das lesões;
- Pomada antibiótica;
- Antibioterapia com “eritromicina, amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico, doxiciclina, tetraciclina ou cotrimoxazol”.

Molluscum contagiousum

O *Molluscum contagiousum* provoca uma infecção dermatológica viral benigna (Poxvirus).

Diagnóstico diferencial com:

- Lesões cutâneas por *Criptococcus* (em contagens de CD4 <100 cels/mm³, e aparecimento de sinais meníngeos);
- Raramente o histoplasma causa lesões dermatológicas semelhantes.

Tratamento:

Geralmente não precisa de nenhuma intervenção, às vezes pode-se considerar a remoção do núcleo. O TARV melhora a infecção.



Figura 12: *Molluscum Contagiosum*

Fonte: ©Wellcome Trust, 2003

Dermatofitoses (tínea)

Os dermatófitos são um grupo de fungos conhecidos como tínea. As várias espécies pertencem aos grupos *Epidermophyton*, *Microsporum*, e *Trichophyton genera*. A dermatofitose, ou ‘tínea’, é uma infecção causada por estes fungos. Dependendo da sua localização, chamamos a tínea de diferentes formas:

- *Tínea capitis*: infecção do cabelo e escalpe;
- *Tínea corporis*: infecção do tronco e extremidades;
- *Tínea manuum/Tínea pedis*: infecção das palmas, plantas, e redes interdigitais;
- *Tínea cruris*: infecção da virilha;
- *Tínea barbae*: infecção da área da barba e pescoço;
- *Tínea faciale*: infecção da face;
- *Tínea unguium* (onicomicose): infecção da unha.

Anamnese e Exame Físico

Anamnese: O principal sintoma é o prurido. Pode-se verificar a queda de cabelo na infecção do escalpe.

Exame Físico:

- Na *Tínea capitis*, a aparência clínica da infecção fúngica do escalpe varia dependendo do tipo de invasão capilar. A alopecia (queda de cabelo) normalmente está presente quando os cabelos se partem na superfície do escalpe.
- Na *Tínea corporis*, a infecção localiza-se especialmente na pele exposta do tronco e nas extremidades. Caracteriza-se por placas anulares escamosas com bordas levantadas, pústulas e vesículas.
- *Tínea pedis* é uma infecção fúngica dos interdígitos dos pés e da superfície da planta, e ocorre frequentemente afectando somente um dos pés. Aparece escamação, fissuração e maceração dos interdígitos dos pés. Podem estar presentes escamações das plantas e superfícies laterais, eritema, vesículas, pústulas e bolhas.
- *Tínea manuum* é uma infecção fúngica das palmas e dos interdígitos das mãos que normalmente ocorre em associação com a *Tínea pedis*. Normalmente só ocorre numa das mãos. Podem estar presentes a escamação e o eritema.
- *Tínea cruris* é uma infecção dermatofítica da região púbica e da virilha, e caracteriza-se por lesões eritematosas.
- Na *Tínea barbae*, são afectadas as áreas da barba e pescoço, estão presentes o eritema, escamação e pústulas.
- *Tínea unguium*, também chamada de onicomicose, é uma infecção da unha, caracterizada por onicólise (separação da unha do leito ungueal) e por unhas mais espessas, descoloradas (brancas, amarelas, castanhas, pretas), partidas e distróficas. A unha branca dermatofítica é muito característica da infecção pelo HIV.
-



Figura 13: Unha branca dermatofítica

Fonte: © 2001-2009, [DermAtlas](http://www.dermatlas.org/derm/IndexDisplay.cfm?ImageID=-1797656110). <http://www.dermatlas.org/derm/IndexDisplay.cfm?ImageID=-1797656110>

Diagnóstico e Tratamento das Tíneas:

O diagnóstico é principalmente clínico.

Para grande parte das infecções, o tratamento é com Ketoconazol creme.

A infecção da unha e do escalpe pode ser mais difícil de tratar. Nestes casos, é preciso recorrer ao tratamento oral prolongado com Griseofulvina, Fluconazol ou Itraconazol.



Figura 14: Tíneas

Fonte: Imagens © DermAtlas; <http://www.DermAtlas.org>

Tínea versicolor

A *Tínea versicolor* é uma infecção dermatológica fúngica causada pelo *Pityrosporum*, provocando máculas hipopigmentadas (lesões planas) em vez de lesões escuras hiperpigmentadas. Os antifúngicos tópicos (ketoconazol creme) são geralmente eficazes.



Figura 15: Tínea versicolor

Fonte: © DermAtlas; <http://www.DermAtlas.org>

Pontos-Chave

- As lesões dermatológicas são frequentes nos doentes seropositivos e podem ser um sinal de:
 - ✓ Doença comum semelhante a que podem apresentar os doentes seronegativos;
 - ✓ Lesões definitórias de um estadio clínico da OMS;
 - ✓ Doença relacionada com o HIV (IO, sarcoma de Kaposi);
- O conhecimento das características clínicas das lesões pode ajudar o TMG no diagnóstico diferencial.
- Nos casos em que a lesão dermatológica seja consequência da presença de doença de estadio avançado, o TMG deverá encaminhar o doente ao médico.