

Dermatologia

ALÉM DA ESTÉTICA

1ª Edição

Organizadores

Gabriela Teixeira Lima

Hellen Kristina Magalhães Brito

Silvano Araújo Ferreira Júnior

Dermatologia

ALÉM DA ESTÉTICA

1ª Edição

Organizadores

Gabriela Teixeira Lima

Hellen Kristina Magalhães Brito

Silvano Araújo Ferreira Júnior

Editora Omnis Scientia

DERMATOLOGIA ALÉM DA ESTÉTICA

Volume 1

1ª Edição

Triunfo- PE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

D435 Dermatologia além da estética [livro eletrônico] / Organizadores Gabriela Teixeira Lima, Hellen Kristina Magalhães Brito, Silvano Araújo Ferreira Júnior. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. 50 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Digital Editions

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-09-4

DOI 10.47094/978-65-88958-09-4

1. Dermatologia. 2. Pele – Doenças – Tratamento. I. Lima, Gabriela Teixeira. II. Brito, Hellen Kristina Magalhães. III. Ferreira Júnior, Silvano Araújo.

CDD 616.5

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Gabriela Teixeira Lima

Hellen Kristina Magalhães Brito

Silvano Araújo Ferreira Júnior

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	11
-----------------	----

A RARA SÍNDROME DE GRISCELLI, UMA BREVE REVISÃO LITERÁRIA

Hellen Kristina Magalhães Brito

Raquel Cambraia Gomes de Melo

Yngrid Marques de Sousa

Gabriela Teixeira Lima

Laura Caroline Gonzaga de Carvalho

Caroline Dias Simões

Victor Santana Correia Scalabrini

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/11-18

CAPÍTULO 2.....	19
-----------------	----

SÍNDROME DOS CABELOS IMPENTEÁVEIS: MANIFESTAÇÃO CLÍNICA, FISIOPATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DESSA RARA PATOLOGIA

Dyovana Rislley César Almeida

Giovana Junior Pires

Michelle Lorrane Bezerra Hipólito

Gabriela Teixeira Lima

Caroline Dias Simões

Victor Santana Correia Scalabrini

Bruna Campos Couto

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/19-25

CAPÍTULO 3.....	26
-----------------	----

SÍNDROME DE SJÖGREN-LARSSON: FATORES GENÉTICOS, SINTOMAS E TRATAMENTO

Marina Rocha Arêdes

Eduardo Henrique Antunes Mann

Thaísa Munique Ferreira Costa de Oliveira

Gabriela Teixeira Lima

Maritha Araújo Prates

Danillo Bonifácio Faleiro Braga

Laura Caroline Gonzaga de Carvalho

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/26-32

CAPÍTULO 4.....33

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO ADJUVANTE NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Maria Eugênia Costa Casagrande

Nicole Assis Valadares Tavares

Denise Abud de Castro

Gabriela Teixeira Lima

Laura Caroline Gonzaga de Carvalho

Maritha Araújo Prates

Danillo Bonifácio Faleiro Braga

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/33-37

CAPÍTULO 5.....38

COMO CONDUZIR O PRIMEIRO ATENDIMENTO AOS PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Letícia Aparecida da Silva

Gabriela Teixeira Lima

Danillo Bonifácio Faleiro Braga

Laura Caroline Gonzaga de Carvalho

Maritha Araújo Prates

Rhuan de Santana Fernandes

Luiza Helena Santos Giorni

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/38-42

CAPÍTULO 6.....43

A RARA ASSOCIAÇÃO ENTRE ESCLERITE AGUDA E PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA, UMA
BREVE DESCRIÇÃO

Gabriela Teixeira Lima

Victor Ferreira Schuwartz Tannus

Rhuan de Santana Fernandes

Hellen Kristina Magalhães Brito

Victor Santana Correia Scalabrini

Rebecca Martins de Sousa Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-09-4/43-49

PREFÁCIO

A obra intitulada “Dermatologia Além da Estética” apresenta um conjunto de cinco capítulos com temáticas diversas que visam abordar sobre assuntos essenciais e para a formação e atuação de profissionais na área dermatológica.

Essa coletânea apresenta um amplo espectro de abordagem, tratando de temas que vão desde o cotidiano do profissional atuante na área da saúde, até assuntos raros e pouco difundidos na medicina. O livro tem potencial de estimular a construção de saberes voltado para a área da dermatologia e, com ele, almejamos contribuir positivamente através da disseminação de conhecimento.

Agradecemos aos autores que contribuíram para a construção dessa obra por todo esforço e dedicação ofertados. Esperamos que este livro possa colaborar para a discussão e entendimento de temas relevantes na área dermatológica, orientando estudantes, docentes, gestores e pesquisadores a reflexão sobre a importância dos assuntos aqui abordados.

Ademais, vale ainda ressaltar a parceria entre a Liga Acadêmica de Dermatologia do Centro Universitário Atenas (campus Paracatu, Minas Gerais) na produção do conteúdo que compõe esse livro. Os membros ligantes se empenharam para oferecer um material de estudo com qualidade para que essa obra se tornasse fonte de busca e pesquisa para os temas aqui tratados.

Gabriela Teixeira Lima

Hellen Kristina Magalhães Brito

Silvano Araújo Ferreira Júnior

CAPÍTULO 6

A RARA ASSOCIAÇÃO ENTRE ESCLERITE AGUDA E PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA, UMA BREVE DESCRIÇÃO

Gabriela Teixeira Lima¹

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K2522168U1>

Victor Ferreira Schuwartz Tannus²

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K8275372E3>

Rhuan de Santana Fernandes³

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K9745212J9>

Hellen Kristina Magalhães Brito⁴

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K2789971H6>

Victor Santana Correia Scalabrini⁵

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/3710949660553239>

Rebecca Martins de Sousa Oliveira⁶

Centro Universitário Atenas (UniAtenas), Paracatu, Minas Gerais.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K8275265Z6>

RESUMO: A esclerite é a inflamação da esclera, sendo de caráter progressivo e destrutivo e se apresenta com quadro de dor ocular intensa e hiperemia ocular. A porfiria cutânea tardia consiste em uma alteração dermatológica que se caracteriza pela presença de lesões de pele, com a formação de vesículas e bolhas, nas áreas de maior exposição solar e de propensão ao trauma. A presença de alterações oftalmológicas, como a esclerite, em pacientes portadores de porfiria cutânea tardia são

raras. O tratamento consiste em controlar a doença de base, tratar as alterações oftalmológicas e evitar a exposição aos fatores desencadeantes.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerite. Inflamação. Porfiria Cutânea Tardia.

THE RARE ASSOCIATION BETWEEN ACUTE SCLERITIS AND LATE SKIN PORPHYRIA, A BRIEF DESCRIPTION

ABSTRACT: Scleritis is the sclera inflammation, being progressive and destructive and presents with severe ocular pain and ocular hyperemia. Late cutaneous porphyria consists of a dermatological alteration characterized by the presence of skin lesions with the formation of vesicles and blisters in areas of greater sun exposure and susceptibility to trauma. The presence of ophthalmic alterations, such as scleritis, in patients with late cutaneous porphyria are rare. Treatment consists of controlling the underlying disease, treating ophthalmological changes and avoiding exposure to triggering factors.

KEY-WORDS: Scleritis. Inflammation. Late Cutaneous Porphyria.

1. INTRODUÇÃO

A esclera constitui de uma camada fibrosa localizada entre a conjuntiva e a coróide, tendo função de proteção e sustentabilidade das estruturas intraoculares e sendo de extrema importância para manutenção da anatomia ocular. A esclerite consiste em uma inflamação grave que envolve os tecidos da esclera e da episclera profunda, com quadro clínico destrutivo que pode provocar a perda visual. A porfiria cutânea tardia (PCT) é a forma de apresentação mais comum da porfiria que se caracteriza pela presença de bolhas, vesículas e cicatrizes localizadas principalmente no dorso das mãos, além de ainda apresentar fragilidade tecidual nas áreas de maior exposição à luz solar. O diagnóstico da PCT é realizado pela análise da urina que se apresenta com grande aumento na presença de uroporfirina (URO) e o tratamento consiste inicialmente na suspensão do fator desencadeante seguido de flebotomia ou doses baixas de cloroquina, variando de acordo com o quadro clínico e as condições físicas do paciente. São raras as alterações oftalmológicas em pacientes portadores de porfiria cutânea tardia.

2. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental com objetivo qualitativo, de abordagem descritiva e de natureza básica. Foi realizado com base na pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Google Scholar utilizando-se os termos “esclerite”, “porfiria” e “porfiria cutânea tardia”. Foram incluídos artigos de revisão, estudos observacionais e relatos de casos

publicados de 2002 a 2018, em língua portuguesa, espanhola e inglesa com acesso aberto. Foram excluídos artigos incompletos, que não tratassem do tema estudado e cartas ao editor. Optou-se por trabalhos que versassem sobre as características da esclerite e da porfiria, especialmente a porfiria cutânea tardia.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esclerite é uma doença grave que acomete o tecido episcleral superficial e profundo tendo caráter progressivo. A esclera apresenta uma espessura que varia de 0,3 a 1,0 milímetros, constituindo-se de uma camada de baixa densidade e sendo composta por densos feixes de colágeno, fibroblastos, fibras elásticas, glicoproteínas e proteoglicanos. O aspecto normal da esclera é alterado no processo inflamatório, devido à desorganização e ao edema das fibras colágenas, com acúmulo de células inflamatórias, que algumas vezes, mostra padrão mediado por células T, implicando em alterações em relação ao tratamento da doença.

A esclerite se manifesta principalmente na forma anterior e caracteriza-se com dor ocular intensa como sintoma predominante. Apresenta-se mais frequentemente em mulheres entre 30 e 55 anos de idade, mais prevalente nas portadoras de doenças do tecido conjuntivo e alguns casos podem ainda apresentar uma origem infecciosa.

A inflamação ocular pode apresentar-se de maneira idiopática ou estar associada a doenças sistêmicas. Dentre as doenças sistêmicas apresentadas mais frequentemente, cita-se as doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico, as doenças infecciosas como herpes zoster oftálmico, herpes simples, sífilis e tuberculose, as doenças inflamatórias intestinais como reto-colite-ulcerativa e doença de Crohn, além de granulomatose de Wegener, poliarterite nodosa e artrite de células gigantes. O risco da associação sistêmica é maior em pacientes idosos e também na presença de esclerite anterior necrosante.

O diagnóstico é clínico, apresentando uma melhor visualização pela lâmpada de fenda. A solicitação da ultrassonografia ocular é recomendada para avaliação da porção anterior da esclera, sendo útil para a confirmação do diagnóstico. É indispensável realizar uma avaliação clínica geral do estado do paciente, além de uma investigação laboratorial completa.

Os sintomas incluem um quadro de dor ocular intensa, hiperemia do globo ocular, lacrimejamento, fotofobia e visão turva. A progressão do quadro pode desencadear uma degeneração gradativa da visão até a sua perda total.

O tratamento depende inicialmente de um diagnóstico correto do quadro clínico do paciente e consiste no uso de corticoide tópico e sistêmico, além do uso de drogas anti-inflamatórias orais. Pode ainda ser necessário fazer uso de imunossupressores sistêmicos para o controle do quadro ocular nos pacientes com casos mais graves, sendo necessária uma consulta prévia com o reumatologista para um melhor diagnóstico e tratamento da doença.

Podem ocorrer apresentações mais agressivas de esclerites e não responsivas à terapêutica convencional, aumentando o risco de complicações oculares como perda ocular por perfuração, descolamento de retina, edema do disco óptico, alterações corneanas, uveíte, glaucoma, entre outros.

A porfiria consiste em um grupo de doenças metabólicas resultantes do mau funcionamento da catálise enzimática de diversas enzimas que estão envolvidas na cadeia da biossíntese do complexo heme. Resultam da atividade deficiente de uma determinada enzima decorrente a mutações presentes em seu gene, exceto no caso da porfiria cutânea tardia (PCT) em que a enzima não apresenta mutações em seu gene. O acúmulo de porfirina ou de seus precursores no corpo pode levar ao desencadeamento de efeitos tóxicos responsáveis pelas manifestações clínicas clássicas da porfiria.

Estima-se uma ocorrência de 1 a 2 casos de porfiria para cada 100 mil pessoas, sendo sua incidência mais comum nos países do norte da Europa, chegando ainda a apresentar uma proporção de 1 caso para 500 pessoas quando se trata de pacientes portadores de doenças psiquiátricas.

A porfiria teve a sua primeira descrição apresentada por Hipócrates, mas a explicação bioquímica só veio com Felix Hoppe-Seyler em 1874. Neste mesmo ano, o médico alemão Dr. Schultz fez uma descrição detalhada desta doença.

A porfiria apresenta-se de diversas formas de manifestação sendo classicamente dividida em eritropoéticas e hepáticas, dependendo de onde predomina a deficiência enzimática, sendo que esta última subdivide-se ainda em forma aguda e crônica, enquanto a primeira só se apresenta de forma crônica. As porfirias eritropoéticas subdividem-se em porfiria eritropoética congênita (CEP) e protoporfiria eritropoética (EPP), as porfirias hepáticas crônicas em porfiria cutânea tardia (PCT) e porfiria hepatoeritropoética (HEP) e as porfirias hepáticas agudas em porfiria por deficiência da ALA desidratase (ADP), porfiria intermitente aguda (AIP), coproporfiria hereditária (HCP) e porfiria variegata (VP). De todas as formas de apresentação de porfiria, as mais frequentes são: EPP, AIP e PCT, sendo esta última a única capaz de apresentar alterações oftalmológicas nos pacientes.

A PCT apresenta caráter autossômico dominante e na grande maioria dos casos manifesta-se de forma adquirida ou esporádica, não apresentando nenhuma alteração genética. Está associada à redução da atividade enzimática de uroporfirinogênio descarboxilase (UROD), resultante do acúmulo de uroporfirina (URO) e hepto-carboxil porfirinogênio encontradas predominantemente no fígado.

Os fatores de risco para o surgimento de PCT incluem: infecção crônica pelo vírus da hepatite C (HCV), infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV), uso excessivo de álcool e de estrógenos, mutações da hemocromatose, exposição a hidrocarbonetos aromáticos poli-halogenados, presença de carcinoma hepatocelular, deficiências de ferro e dialíticos. É indispensável que a sorologia para HIV e HCV seja solicitada a todos portadores de PCT, devido a frequente associação.

Os sintomas incluem lesões de pele com a formação de vesículas e bolhas, seguidas por erosões, crostas, cicatrizes e mília, que se localizam principalmente no dorso das mãos, em especial nos espaços interdigitais, apresentando-se ainda em braços, face, pés e pernas. O surgimento das lesões está intimamente associado à exposição ao sol, por isso são mais frequentes nas áreas com

maior fotoexposição, e ainda aos locais com maior propensão a sofrerem trauma.

Pode ocorrer ainda hiperpigmentação de pele, principalmente nos locais onde ocorrem as lesões e que ficam mais expostas ao sol, aumento da espessura cutânea, hipertricrose do tipo lanugem, especialmente nas regiões de face, predominantemente nas regiões fronto-temporal e malar superior, pescoço e braços e placas esclerodermiformes que acometem face, pescoço, tórax e couro cabeludo, sendo esta menos frequente que as demais manifestações.

Os fatores desencadeantes para a porfiria incluem exposição à luz solar, álcool, tabaco, estresse, infecções em geral, jejum prolongado, dieta para emagrecimento, fármacos como barbitúricos, sulfonamidas, alguns antibióticos, sedativos e contraceptivos orais, entre outros.

O diagnóstico é feito pela análise da urina, que se apresenta com fluorescência púrpura-avermelhada quando observada com a lâmpada de Wood, sendo seu padrão característico o aumento da presença de URO, que pode chegar a 50 vezes mais que seu valor habitual. Na análise das fezes as porfirinas também se encontram aumentadas. Praticamente todos os pacientes portadores de PCT apresentam um aumento de ferro sérico, da saturação de ferro e da ferritina.

O tratamento consiste inicialmente em identificar e suspender o fator desencadeante. Posteriormente, inicia-se um dos dois tipos de tratamento: flebotomia e baixas doses de cloroquina. A associação da flebotomia com os antimaláricos, como a cloroquina, pode ser empregada nos casos de maior resistência ao tratamento.

Quando a flebotomia é contraindicada, os antimaláricos são o tratamento de escolha, utilizados em doses baixas de 125 ou 250 mg duas vezes por semana.

A PCT não é uma doença hereditária nem transmissível. Costuma surgir em adultos entre 30 e 40 anos de idade, desenvolvendo-se mais precocemente em pacientes com histórico familiar positivo.

4. CONCLUSÃO

A porfiria cutânea tardia associada à esclerite é uma rara manifestação. Ao ser diagnosticado com um quadro de esclerite sem causa definida, o paciente deve ser investigado para PCT. O tratamento da esclerite associado ao da porfiria cutânea tardia varia de acordo com as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente portador e o seu prognóstico costuma ser favorável.

5. DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

6. REFERÊNCIAS

- Almeida ACC, Villa RT, Bedin V. Porfiria cutânea tardia no paciente infectado pelo vírus da imunodeficiência adquirida. **Med Cutan Iber Lat Am.** 2010;38(2):91-93.
- Battero RG, Cebrian RFM, Skare TL. Prevalência de manifestações oculares em 198 pacientes com artrite reumatoide: um estudo retrospectivo. **Arq Bras Oftalmol.** 2008;71(3):365-9.
- Choi HK, Thomé FS, Orlandini T, Barros E. Hiperpigmentação cutânea em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise infectados pelo vírus da hepatite C. **Rev Assoc Med Bras.** 2003;49(1):24-8.
- Dinardo CL, Fonseca GHH, Suganuma LM, Gualandro SFM, Chamone DAF. Porfirias: quadro clínico, diagnóstico e tratamento. **Rev Med (São Paulo).** 2010;89(2):106-14.
- Filho FB, Santos MVPQ, Carvalho FNMP, Castro CGC, Dobao E, Lyra MR, Menezes V, Nery JAC. HAART: A risk factor for development of porphyria cutanea tarda? **Rev Soc Bras Med Trop.** 2012;45(6):764-767.
- Iribas JL, Weidmann J, Reyes MA, Korol V, Coronica M, Sixto M, Albertengo A. Porfiria cutânea tardia. Reporte de 5 casos. **Rev Argent Dermatol.** 2008;89:45-52.
- Júnior JVJ, Paiva DLM, Rocha SFVCB, Valente N. Porfiria cutânea tardia. Relato de dois casos. **Rev Bras Clin Med.** 2010;8(3):286-289.
- Lopes DA, Valle MA, Taguti J, Celli R, Taguti RCTC, Betônico GN, Medeiros FC. Porfiria aguda intermitente: relato de caso e revisão de literatura. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2008;20(4):429-434.
- Machado DO, Curi ALL, Bessa TF, Campos WR, Oréfice F. Esclerite posterior: características clínicas, associação sistêmica, tratamento e evolução de 23 pacientes. **Arq Bras Oftalmol.** 2009;72(3):321-6.
- Machado DO, Curi ALL, Fernandes RS, Bessa TF, Campos WR, Oréfice F. Esclerite: características clínicas, associação sistêmica, tratamento e evolução de 100 pacientes. **Arq Bras Oftalmol.** 2009;72(2):231-5.
- Maganhoto APS, Correia S, Squillace LO, Neto RIP. Esclerite posterior bilateral simultânea e unilateral recorrente. **Rev Bras Oftalmol.** 2018;77(1):38-42.
- Martinez AAG, Matos KTF, Trevisani V, Hirai A, Allemann N. Evolução da esclerite nodular com biomicroscopia ultrassônica: relato de caso. **Arq Bras Oftalmol.** 2013;76(6):374-6.
- Melito VA, Parera VE, Rossetti MV, Batlle A. Manifestación de porfiria cutânea tardia en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. **Acta Bioquím Clín Latino Am.** 2006;40(1):29-34.

- Parra AGM, Miyazaki FH, Ribeiro RM, Gehlen ML, Skare T. Análises de 29 casos de esclerite. Experiência de um serviço de Reumato-Oftalmologia. **Arq Bras Oftalmol.** 2010;73(3):250-3.
- Salazar P, Cesaroni E, Allevato M, Marini M. Porfiria cutânea tarda: su asociación con HIV. Presentación de 4 pacientes. **An Argent Dermatol.** 2012;18(2):30-35.
- Schmidt L, Burkiewicz CJC, Silva MB, Skare TL. Esclerite como manifestação inicial de granulomatose de Wegener: descrição de caso. **Rev Bras Reumatol.** 2007;47(2):145-147.
- Sousa JM, Trevisani VFM, Modolo RP, Gabriel LAR, Vieira LA, Freitas D. Comparative study of ophthalmological and serological manifestation and the therapeutic response of patients with isolated scleritis and scleritis associated with systemic diseases. **Arq Bras Oftalmol.** 2011;74(6):405-9.
- Sternlicht T, Allemann N, Muccioli C. O emprego da biomicroscopia ultra-sônica no diagnóstico e evolução clínica dos diferentes tipos de esclerite anterior. **Arq Bras Oftalmol.** 2001;64:229-32.
- Urbano AP, Urbano AP, Torigoe AMS, Urbano I, José NK. Esclerite infecciosa espontânea por *Nocardia asteroides*: Relato de caso. **Arq Bras Oftalmol.** 2003;66:223-5.
- Urbano AP, Urbano AP, Urbano I, José NK. Episclerite e esclerite. **Arq Bras Oftalmol.** 2002;65:591-8.
- Vieira FMJ, Aoki V, Oliveira ZNP, Martins JEC. Estudo da imunofluorescência direta, imunomapeamento e microscopia ótica na porfiria cutânea tardia. **An Bras Dermatol.** 2010;85(6):827-37.
- Vieira FMJ, Martins JEC. Porfiria cutânea tardia. **An Bras Dermatol.** 2006;81(6):573-584.
- Vieira FMJ, Nakhle MC, Lemos CPA, Cançado ELR, Reis VMS. Precipitating factors of porphyria cutanea tarda in Brazil with hemochromatosis gene (HFE) mutations. Study of 60 patients. **An Bras Dermatol.** 2013;88(4):530-40.

ÍNDICE REMISSIVO

A

ácidos graxos 25, 26, 27, 29

acuidade visual 25, 27

anemia 10, 13, 32, 33

anomalia 18, 19, 21, 22

Anomalias 25, 27

aplicação de oxigênio 32, 33

atendimento hospitalar 37

atraso psicomotor 10, 12

B

baixa estatura 25, 27

C

cabelos grisalhos 10, 12, 14

câmaras hiperbáricas 32, 33

cicatrização 32, 33, 34, 39

cifoescoliose 25, 28

complicações físicas 37

comprometimento neurológico 10, 12

córnea 10, 13

corrente elétrica 37

couro cabeludo 18, 19, 20

crescimento lento 18, 20

cuidados imediatos 37

D

defeito na queratina 25, 27

déficit neurológico 10, 12

desaminase 18, 20

desenvolvimento motor 25, 27

desenvolvimento tardio 10, 12

desmielinização 25, 27

desordem neurocutânea 25, 26

deterioração imunológica 10, 12

E

eixo capilar 18, 20, 21

envelhecimento celular 32, 34

enzima 20, 25, 26, 28, 32, 34

esmalte dentário 22, 25, 27

F

feridas hipóxicas 32, 33, 34

fibras nervosas 25, 27

fornecimento de nutrientes 32, 34

fotofobia 25, 27

fraqueza capilar 18, 20

fricções 37

G

gene ALDH3A2 25, 26

gene MYO5A 10, 12

gene RAB27A 10, 12, 14

H

haste capilar 10, 11, 18, 19, 21

hiperóxia 32, 33

hipertelorismo 25, 27

hipogamaglobulinemia 10, 13

hipomelanose 10, 12

hipopigmentação 10, 12

I

ictiose congênita 25, 26, 27, 28

imunodeficiência 10, 11, 12, 13, 15

infecções repetidas 10, 12

isquemia aguda 32, 33

L

lactantes 10, 11

lesão de tecido 32, 33

lesões cutâneas 37

longas internações 37

M

maculopatia cristalina 25, 27

manifestações dermatológicas 25, 27

material necrosado 32, 34

melanina 10, 11, 12, 13

melanossomos 10, 11, 12

metabólitos lipídicos 25, 26

mielinização 25, 27

mutações autossômicas 18, 20

N

neutropenia 10, 13

níveis de triglicerídeos 10, 13

O

osteomielite crônica refratária 32, 33

oxidação 25, 26, 27, 28

oxigênio 32, 33, 34

oxigenoterapia hiperbárica (OHB) 32, 33

P

paraplegia 25, 26, 27, 28

peptidilarginina 18, 20

Pili Trianguli 18, 19

primeiro atendimento 38

procedimentos cirúrgicos reconstrutivos 37

processos de infecção 32, 33

produtos químicos 37

Q

queimaduras 33, 37, 38, 39

queratinócitos 10, 13

R

radiação 32, 33, 38

radical livre 32, 34

replicação celular 32, 34

retardo mental 10, 12, 25, 26, 27

retardo progressivo 25, 27

S

saúde pública 37

Síndrome de Griscelli 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Síndrome de Sjögren-Larsson (SSL) 25, 26

Síndrome dos Cabelos Impenteáveis (SCI) 18, 19

síndrome genética 25

síndrome hemofagocítica 10, 11, 12

síndrome piramidal 25, 27

superóxido 32, 34

superóxido dismutase 32, 34

T

terapia de oxigênio 32

tetraplegia 25, 26, 27, 28

tonicidade 18, 20

transfusão sanguínea 32, 33

transglutaminase 18, 20

trombocitopenia 10, 13

U

úlceras 32, 33, 34

V

visitas ambulatoriais 37

Dermatologia


ALÉM DA ESTÉTICA

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

Dermatologia

ALÉM DA ESTÉTICA

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 