



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em
hospital de referência da Bahia (Brasil)**

Thaís Sampaio Silva

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

S586 Silva, Thais Sampaio
Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em hospital de referência da Bahia (Brasil) / Thais Sampaio Silva. Salvador: TS, Silva, 2015.

vii, 42p. il.

Orientador: Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Dermatite exfoliativa. 2. Eritema. 3. Psoríase. I. Oliveira, Maria de Fátima Santos Paim. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU - 616.5-002



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em hospital de referência da Bahia (Brasil)

Thaís Sampaio Silva

Professora orientadora: **Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em hospital de referência da Bahia (Brasil)*, de **Thaís Sampaio Silva**.

Professora orientadora: **Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira**

COMISSÃO REVISORA:

- **Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira** (Presidente, Professora orientadora), PRM Dermatologia COREME/Complexo HUPES e MCO.
- **Marcus Miranda Lessa**, Professor do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Luís Fernando Fernandes Adan**, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Daniela Rodrigues Andrade**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana e Patologia Experimental (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

Aos meus pais, **Antônio Alves**
e **Ivaneide**, e ao meu irmão
Thiago.

EQUIPE

- Thaís Sampaio Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: thaissampaio@hotmail.com.
- Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira, Professora orientadora, PRM Dermatologia COREME/Complexo HUPES e MCO;
- Dr^a Achilea Candida Lisboa Bittercourt, Professora Emérita do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da UFBA;
- Dr^a Vitória Regina Pedreira de Almeida Rêgo, Professora Assistente do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da UFBA e Chefe do Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES; e
- Dr. Francisco das Chagas Soares Neto, médico residente do Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, **Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira**, pelo apoio, dedicação e orientação na elaboração da monografia.
- ◆ À Professora emérita, patologista, **Dr^a Achilea Candida Lisboa Bittercourt**, pela disposição ao revisar as lâminas histológicas e diagnósticos histopatológicos incluídos no trabalho.
- ◆ Ao médico residente, **Francisco das Chagas Soares Neto**, pela cooperação na elaboração da monografia.
- ◆ À **Edinalva Oliveira**, funcionária do SAME, pela colaboração na coleta de dados.
- ◆ Aos Doutores, **Luís Fernando Fernandes Adan** e **Marcus Miranda Lessa**, e à Doutoranda **Daniela Rodrigues Andrade**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, pelo auxílio e correção do trabalho

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVO	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. REVISÃO DE LITERATURA	6
V. METODOLOGIA	12
VI. RESULTADOS	15
VII. DISCUSSÃO	22
VIII. CONCLUSÕES	24
IX. SUMMARY	25
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
XI. ANEXOS	
•ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	29
•ANEXO II: Ficha de Atendimento de Paciente com Eritrodermia	34
•ANEXO III: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	39

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURA

FIGURA I. Psoríase em placas com evolução para eritrodermia	7
FIGURA II. Eritrodermia secundária à dermatite atópica grave	8
FIGURA III. Eritrodermia secundária a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL)	9
FIGURA 1. Caso de eritrodermia do estudo retrospectivo	19
FIGURA 2. Caso de eritrodermia do estudo prospectivo	21

QUADRO

QUADRO I. Dermatoses associadas à eritrodermia.	7
QUADRO II. Drogas associadas à eritrodermia	8
QUADRO 1: Dados demográficos e histopatológicos de 45 casos de eritrodermia	16
QUADRO 2. Revisão das biópsias anteriores	20

TABELAS

TABELA 1. Diagnósticos etiológicos em 45 casos de eritrodermia	17
TABELA 2. Principais sinais e sintomas em 45 casos de eritrodermia	18

I. RESUMO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE ERITRODERMIAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAHIA (BRASIL). **Introdução:** Eritrodermia é uma síndrome clínica rara, caracterizada por eritema cutâneo generalizado, associado à descamação que acomete $\geq 90\%$ da superfície corporal. Pode ser classificada em quatro grandes grupos de acordo com a etiologia: dermatoses prévias, reação a drogas, associada a neoplasias e idiopática. **Objetivo:** O estudo visa caracterizar de modo retrospectivo e prospectivo o perfil clínico, epidemiológico, etiológico e anatomopatológico de pacientes eritrodérmicos acompanhados em hospital de referência no estado da Bahia. **Metodologia:** estudo descritivo retrospectivo e prospectivo, série de casos, no qual foram revisados os prontuários e os laudos histopatológicos de pacientes com história clínica de eritrodermia arquivados no Serviço de Patologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES) no período de 2010 a 2013. **Resultados:** Foram identificados 45 casos com diagnóstico clínico de eritrodermia durante revisão dos laudos histopatológicos, sendo que a média de idade dos pacientes foi de $57,3 \pm 18,2$ anos, sendo 51,1% do sexo masculino. Após revisão das lâminas histopatológicas, observou-se o predomínio de diagnóstico inconclusivo (44,4%). Foram revisados os prontuários dos 45 pacientes, o diagnóstico etiológico foi determinado em 31/45 (68,8%) casos, com psoríase representando 22,2% dos casos. Em relação aos sintomas e sinais associados, destaca-se a presença de prurido em 93,3% dos casos. Foi incluído 1(um) caso novo no estudo prospectivo no dia 27/08/2014 no Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES. **Discussão:** o perfil epidemiológico foi semelhante a outras séries de casos. A psoríase foi o principal diagnóstico etiológico, assim como descrito na literatura. A micose fungóide apresentou uma frequência maior que a descrita pela literatura, sendo a segunda etiologia mais frequente nessa série de casos. **Conclusão:** Eritrodermia foi mais prevalente em homens, acima de 50 anos, o prurido foi o sintoma associado mais comum e a psoríase foi a etiologia mais frequente de acordo com a correlação clínico-anatomopatológica.

Palavras chave: 1-Dermatite esfoliativa; 2-Eritema; 3-Psoríase.

II. OBJETIVO

PRINCIPAL:

Descrever de modo retrospectivo e prospectivo os dados clínicos, epidemiológicos, etiológicos e anatomopatológicos dos casos com diagnóstico de eritrodermia acompanhados no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos/UFBA.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A eritrodermia é uma síndrome clínica rara, caracterizada por eritema cutâneo generalizado e descamação em graus variáveis, que acomete $\geq 90\%$ da superfície corporal. O serviço de referência no qual foi realizado este estudo acompanha uma grande diversidade de patologias dermatológicas, inclusive casos de eritrodermia, apesar disso, ainda não foi feito nenhum estudo para avaliar os diversos aspectos da eritrodermia, como a frequência, a epidemiologia e a distribuição de suas etiologias. A importância do presente trabalho reside na descrição e caracterização do perfil clínico, epidemiológico e anatomopatológico dos pacientes eritrodérmicos atendidos em serviço de referência na Bahia. Tendo em vista a escassez de trabalhos que abordem esse tipo de lesão no Brasil e ausência de estudos na Bahia, o trabalho torna-se necessário para caracterização desses pacientes em nosso meio, visando melhor compreensão do acometimento.

Além disso, fazem-se fundamentais pesquisas que tragam dados importantes para a comunidade médica, referentes a essa patologia. Esse estudo mesmo com limitações inerentes a metodologia poderá contribuir para esclarecer os diagnósticos etiológicos de casos de eritrodermia, e promover o manejo mais eficaz desses pacientes.

IV. REVISÃO DE LITERATURA

Definição

Eritrodermia é uma síndrome caracterizada por eritema cutâneo generalizado associado a descamação em graus variáveis que acomete $\geq 90\%$ da superfície corporal (Jun & He-Yi, 2012). Pode ainda ser definida como uma inflamação difusa de toda superfície cutânea ou a maior parte dela e representa manifestação clínica de diversas doenças (Wilson et al., 1993; Sterry & Assaf, 2008).

Epidemiologia

É considerado um distúrbio raro. Dados referentes às incidência e prevalência são imprecisos, pois a maioria dos estudos são retrospectivos, mas incidência anual é estimada em 1-2 por 100.000 pacientes (Akhyani et al., 2005). A frequência é discretamente maior em homens do que em mulheres, sendo que a proporção entre homens/mulheres é de aproximadamente 2,3:1 (Hulmani et al., 2014). Há uma maior frequência em indivíduos acima de 45 anos (Sehgal et al., 2004).

Etiologia

Quanto ao diagnóstico etiológico, a eritrodermia pode ser classificada em quatro grandes grupos: dermatoses pré-existentes, reação a drogas, associada a neoplasias e idiopática (Jaime et al., 2005). A etiologia mais frequente é a dermatose preexistente, com destaque para a psoríase (Quadro I) (Vasconcellos et al., 1995; Sehgal et al., 2004; Fernandes et al., 2008).

Dermatoses preexistentes

As principais dermatoses associadas a eritrodermia são: psoríase (figura I), dermatite atópica (figura II) e dermatite de contato (Sehgal et al., 2004; Akhyani et al., 2005; Griffiths et al., 2004). A psoríase é a causa mais comum de eritrodermia nos adultos e são descritas duas formas evolutivas. Na primeira, as lesões crônicas de psoríase evoluem gradualmente para a fase esfoliativa, mas mantendo as características da doença e algumas áreas de pele são. O prognóstico é bom. A segunda forma faz parte do espectro da psoríase instável e a evolução pode ser abrupta e precipitada por infecções, hipocalcemia, medicamentos e retirada de corticosteroides ou metotrexato. Na psoríase eritrodérmica, manifestações sistêmicas como febre, prurido intenso, instabilidade térmica, distúrbios hidroeletrólíticos, hipocalcemia estão geralmente presentes, alterações ungueais também são comuns. A histologia revela paraqueratose confluyente, alongamento de cristas epiteliais, vasos tortuosos na derme papilar, neutrófilos na epiderme, camada granulosa reduzida. Na investigação diagnóstica, é imprescindível considerar a presença ou ausência de lesões de pele pré-existentes para auxílio na determinação etiológica (Griffiths et al., 2004; Sterry & Assaf, 2008). Na dermatite atópica

eritrodérmica, a apresentação clínica mais comum é presença de lesões preexistentes, prurido grave e liquenificação incluindo pálpebras; a histologia revela acantose leve a moderada, espongióse variável, eosinófilos na derme e paraqueratose; outros achados comuns são níveis de IgE sérico elevados, eosinofilia, história pessoal ou familiar de atopia e catarata. Na dermatite de contato, a história de exposição a alérgenos típicos é uma importante pista clínica, é essencial investigar ocupação e hobbies, além da realização de testes de contato; a principal característica histológica é a espongióse variável (Stery & Assaf, 2008).

QUADRO I. Dermatoses associadas à eritrodermia

Dermatoses associadas à eritrodermia	
Comuns	Incomuns
Psoríase	Candidíase
Dermatite de Contato	Dermafitose
Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica	Mastocitose
Dermatite Fotossensível	Líquen Plano
Dermatite Seborréica	Síndrome de Reiter
Dermatite Atópica	Necrólise epidérmica tóxica
Pitiríase Rubra Pilar	Mastocitose difusa
Pênfigo Foliáceo	Sarcoidose
Eritrodermia Ictioseforme	Penfigóide
Dermatite de estase	Escabiose

FONTE: Adaptada de Sehgal VN, et al. (2004)

FIGURA I. Psoríase em placas com evolução para eritrodermia



FONTE: Arquivo do Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES, UFBA.

FIGURA II. Eritrodermia secundária à dermatite atópica grave

FONTE: Arquivo do Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES, UFBA.

Reação a Drogas

A eritrodermia secundária a reação a drogas tem início abrupto e resolução rápida após retirada da droga, distinguindo de outras etiologias nas quais a eritrodermia apresenta um quadro gradual e insidioso (Rothe et al., 2005). O quadro clínico pode se caracterizar por presença de edema facial, ser precedido por exantemas morbiliforme ou escalatiniforme, em algumas áreas pode se tornar purpúrica. Na histologia, pode ser observada a presença de infiltrado perivascular com eosinófilos, infiltrado liquenoide, queratinócitos necróticos na epiderme e degeneração vacuolar da camada basal. Nesses casos, geralmente há uma ausência de história de doenças de pele e normalmente soluciona-se dentro de 2-6 semanas após suspensão da droga (Sterry & Assaf, 2008). Fenitoína, penicilina, alupurinol e barbitúricos são causas comuns de eritrodermias (Quadro II) (Rym et al., 2005; Khaled et al., 2010; Jun & He-Yi, 2012).

QUADRO II. Drogas associadas à eritrodermia

Drogas associadas à eritrodermia	
Acetaminofeno	Minociclina
Actinomicina D	Nitrofurantoína
Alupurinol	Omeoprazol
Arsênio	Ácido Para-Amino Salicílico
Barbitúricos	Penicilina
Captopril	Fenotiazina
Cloroquina difosfato	Fenotoína
Clorpromazina	Quinidina
Cimetidina	Rifamicina
Dapsona	Estreptomicina
Fenitoína Sódica	Sulfadiazina
Interferon	Tetraciclina
Isoniazida	Talidomida
Isotretinoína	Tolbutamida
Lítio	Vancomicina
Mercúrio	

FONTE: Adaptada de Sehgal VN, et al. (2004)

Neoplasias

A eritrodermia associada a neoplasias está relacionada aos linfomas cutâneos de células T, principalmente micose fungóide, síndrome de Sezary, linfoma/leucemia de células T do adulto (Sanches et al., 2006). A eritrodermia também pode fazer parte de uma síndrome paraneoplásica associada a câncer de pulmão, de cólon, entre outros (Sehgal et al., 2004).

A micose fungóide é um linfoma indolente; os pacientes apresentam inicialmente lesões cutâneas não infiltradas que podem evoluir para eritrodermia, mas possui um bom prognóstico quando diagnosticado precocemente. A síndrome de Sezary é caracterizada pela tríade: eritrodermia, linfadenopatia e presença de células T neoplásicas na pele, linfonodos e sangue periférico, tem um comportamento clínico agressivo com prognóstico reservado (Sanches et al., 2006). A leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) é agressiva, aparece na vida adulta, e não responde a quimioterapia (Bazarbachi et al., 2007), ocorre em torno de 3-5% dos portadores do HTLV-1 e manifesta-se, em geral, após longo período de latência, no Japão, por volta de 60 anos, enquanto no Brasil uma década mais cedo. Esta doença incide, quase que exclusivamente, em indivíduos infectados verticalmente (Uchiyama et al., 1997; Bittencourt & Farre, 2008).

A ATL está associada à infecção pelo HTLV-1 e sua histologia pode ser indistinguível da micose fungóide (“linfoma/leucemia de células T do adulto com morfologia de micose fungóide”) (Kim et al., 2007), o prognóstico depende das formas clínicas, as formas aguda e linfomatosa possuem prognósticos reservados, enquanto as formas *smoldering* e crônica tem melhor prognóstico (Sanches et al., 2006). No Brasil, cerca de um terço dos linfomas de células T maduras se manifesta associado ao HTLV-1. A ATL representa um dos acometimentos mais importantes da pele no quadro de infecção pelo HTLV-1 (Figura III) (Bittencourt & Farre, 2008).

FIGURA III - Eritrodermia secundária a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL)



FONTE: Arquivo do Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES, UFBA

Patogênese

A patogênese da eritrodermia ainda não foi esclarecida. Mas sabe-se que as moléculas de adesão do endotélio e suas ligantes desempenham um papel importante na interação entre leucócitos e endotélio, que leva a adesão, migração e infiltração de células mononucleares. O aumento da expressão de moléculas de adesão (VCAM-1, ICAM-1, E-selectina, P-selectina) estimula a inflamação, que leva a proliferação de células epidérmicas e a aumento na produção de mediadores inflamatórios. Ainda, acredita-se que a interação entre as citocinas (IL-1, IL-2 E IL-8) e a molécula de adesão intercelular 1 (ICAM-1) provoca um aumento da taxa de renovação das células da epiderme, causando uma elevação na taxa mitótica destas células. O número de células germinativas aumenta e o tempo de migração dos ceratinócitos através da epiderme diminui, ocasionando perda de material celular, proteínas e folatos (Uchiyama et al., 1997; Sterry & Assaf, 2008).

Manifestações clínicas

As manifestações cutâneas mais comuns são: prurido, queratoderma palmoplantar, hiperpigmentação, hipopigmentação, onicopatias e alopecia (Xiao-Ying et al., 2010). A presença dessas manifestações auxilia de forma muito limitada o diagnóstico etiológico, apesar de causas diferentes, as características clínicas se sobrepõem. Prurido é a queixa mais comum em pacientes eritrodérmicos, a gravidade pode variar de acordo a causa, por exemplo, a síndrome de Sezary pode apresentar prurido mais severo. A hiper ou hipopigmentação e alopecia ocorre em eritrodermias de evolução crônica. Onicopatia está associada a presença de dermatoses prévias. Os pacientes com eritrodermia podem apresentar manifestações sistêmicas, as mais frequentes são: febre, edema facial, edema dos MMII, febre, calafrios, hepatomegalia, esplenomegalia e adenopatia. O edema facial e hepatomegalia podem estar relacionados à hipersensibilidade a drogas. A febre e o calafrio são causados por um aumento da perfusão da pele. A adenopatia pode estar associada a desordens linfoproliferativas (Sterry & Assaf, 2008).

Achados laboratoriais e anatomopatológicos

Os achados laboratoriais em pacientes eritrodérmicos são inespecíficos e frequentemente não auxiliam a elucidar a causa da eritrodermia. As alterações mais comuns são: anemia, leucocitose com eosinofilia, elevada taxa de hemossedimentação, redução da albumina sérica, ácido úrico elevado, alteração na eletroforese de proteínas séricas com elevação de IgE (Fernandes et al., 2008; Okoduwa et al., 2009). No entanto, na síndrome de Sezary, o estudo hematológico pode ser diagnóstico. Nestes pacientes, é importante realizar sorologia para HIV e HTLV-1.

A histopatologia auxilia no diagnóstico cerca de 50% dos casos. A realização de múltiplas biopsias aumenta a acurácia do diagnóstico. A morfologia histopatológica tende a ser inespecífica,

apresentando hiperkeratose/parakeratose, acantose e infiltrado inflamatório crônico, no entanto diferentes padrões histopatológicos observados nas biópsias podem determinar as causas do distúrbio (Zip et al., 1993). Por exemplo, a eritrodermia secundária à psoríase mostra aspecto histológico clássico desta doença; a eritrodermia por reação à drogas é caracterizada por infiltrado linfocitário na junção da epiderme com a derme e a presença de ceratinócitos necróticos na epiderme (Jaime et al., 2005). A biópsia também auxilia na identificação e diferenciação entre processos benignos e malignos. Portanto, o estudo histopatológico é importante para elucidação da etiologia da eritrodermia. Por vezes, principalmente em casos de micose fungóide e síndrome de Sezary o diagnóstico pode ser difícil de ser concluído. Além da biópsia, outros métodos podem colaborar para o diagnóstico etiológico, como a citometria de fluxo, a imunohistoquímica e estudos de biologia molecular, quando possível de serem realizados (Okoduwa et al., 2009). A biópsia da lesão deve ser analisada conjuntamente com história clínica para identificar a etiologia da eritrodermia.

Complicações/Prognóstico

As principais complicações sistêmicas da eritrodermia são infecção, distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico, distúrbio da regulação térmica, síndrome respiratória aguda, insuficiência cardíaca. A presença de inflamação, fissuras e escoriações cutâneas aumenta a suscetibilidade à colonização bacteriana, podendo levar a sepse, principalmente em pacientes HIV positivos. O distúrbio do equilíbrio hidroeletrólítico ocorre devido à perda de proteínas, eletrólitos e fluido pela pele lesada. O aumento da perfusão cutânea está associado a insuficiência cardíaca e ao distúrbio na regulação térmica. A insuficiência cardíaca decorre do desvio de sangue para a pele inflamada, e ocorre especialmente em idosos e cardiopatas. Os capilares cutâneos dilatados contribuem para desregulação térmica corporal devido a incapacidade de responder a variações térmicas via vasoconstrição e vasodilatação (Rothe et al., 2005; Sehgal et al., 2005).

O prognóstico depende da causa da eritrodermia. Por exemplo, a eritrodermia causada por reação à droga é de rápida resolução após suspensão da droga; a eritrodermia secundária à psoríase regride dentro de semanas a meses com modificação da terapêutica, a eritrodermia secundária a linfoma cutâneo de células T ou outras doenças malignas é persistente e refratária a tratamento. A eritrodermia pode ser fatal, principalmente em pacientes idosos. As principais causas de morte em pacientes com eritrodermia são pneumonia, sepse e insuficiência cardíaca. A taxa de mortalidade varia entre 18 a 64%. A mortalidade é maior em pacientes que apresentam pênfigo foliáceo, doenças malignas linfoproliferativas, severa reação à droga e eritrodermia idiopática (Stery & Assaf, 2008; Jowkar et al., 2006).

V. METODOLOGIA

IV.1. Desenho amostral

Série de casos: estudo prospectivo e retrospectivo com pacientes eritrodérmicos.

IV.2. Amostra

A amostra foi escolhida por conveniência. A população de referência é composta de pacientes eritrodérmicos novos, e previamente acompanhados no Serviço de Dermatologia no Ambulatório Magalhães Neto, Complexo HUPES, UFBA.

IV.2.1. Critérios de inclusão

Estudo retrospectivo: Foram incluídos pacientes com diagnóstico de eritrodermia do período de 2010 a 2013, identificados através dos laudos histopatológicos arquivados no Serviço de Patologia do Complexo HUPES, UFBA.

Estudo prospectivo: Foram incluídos pacientes novos maiores de 18 anos com diagnóstico de eritrodermia atendidos no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2015 no Serviço de Dermatologia no Ambulatório Magalhães Neto, Complexo HUPES, UFBA, esses pacientes foram incluídos somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

IV.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes cuja revisão do laudo histopatológico não foi possível, indivíduos portadores de incapacidades que impeçam a concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tais como distúrbios mentais (esquizofrenia, oligofrenia, distúrbio bipolar do humor) ou limitações à liberdade e os indivíduos que se negarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também não serão incluídos no estudo.

IV.3. Variáveis Analisadas

As seguintes variáveis foram analisadas: idade, gênero, cor, naturalidade, procedência, histórico familiar de eritrodermia, idade do diagnóstico, duração da eritrodermia, dermatoses prévias, doenças prévias, tratamentos prévios, tratamento atual, presença de lesões mucosas, lesões ungueais, acometimento do couro cabeludo, fatores agravantes, diagnóstico histopatológico, diagnóstico etiológico, sinais e sintomas associados.

IV.4. Definição do Tamanho Amostral

Trata-se de uma série de casos, portanto um estudo descritivo que não necessita de cálculo amostral.

IV.5. Método de Coleta

No estudo prospectivo:

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pacientes ou responsáveis:

- a) Preenchimento da Ficha de Atendimento de Paciente com Eritrodermia (ANEXO II);
- b) Exame Clínico Geral, Dermatológico;
- c) Fotografia para documentação da evolução clínica;
- d) Exames laboratoriais: hemograma completo, creatinina, ureia, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, proteínas séricas, Sódio, Potássio, Magnésio, Cálcio, Cloro, Fósforo, Colesterol Total, HDL, LDL, triglicerídeos, glicemia, LDH, VHS; sumário de urina; parasitológico de fezes com Baermann; raio X de tórax; ultrassonografia do abdome;
- e) Sorologias Virais: hepatite B e C, HIV, HTLV 1/2;
- f) Biopsia para estudo anatomopatológico, dois fragmentos; revisão das biopsias anteriores realizadas por outros serviços;
- g) Repetição da biopsia em casos em casos anteriormente diagnosticados que apresentaram lesões infiltrativas sugestivas de linfoma.

No estudo retrospectivo: foram identificados os laudos histopatológicos com história clínica de eritrodermia arquivados no Serviço de Patologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos a partir do ano de 2010 até o ano de 2013, e se necessário, recorte dos blocos e estudo imunohistoquímico. Os prontuários desses pacientes foram revisados.

IV.6. Análise Estatística

Estatística descritiva será realizada com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para *Windows*, sendo as variáveis contínuas descritas através de médias (\pm desvio padrão) e mediana, e as variáveis categóricas como proporções.

IV.7. Considerações Éticas

O projeto de pesquisa do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia no dia 13 de abril de 2014, segundo o parecer N° 613.940 (ANEXO III).

As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constantes na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde serão respeitadas. As informações obtidas pelo projeto serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e alcance dos objetivos.

A quebra da confidencialidade e a exposição pública das informações de participantes são os riscos existentes na execução deste projeto de pesquisa. Visando a não ocorrência destas eventualidades, serão tomadas todas as medidas necessárias para a manutenção da privacidade e do sigilo no manejo das informações.

Como benefícios, tem-se a possibilidade de fornecer dados que permitam traçar o perfil dos pacientes eritrodérmicos, caracterizar o perfil epidemiológico e clínico desses pacientes, identificar os diagnósticos etiológicos mais frequentes, e, assim, otimizar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes atendidos com eritrodermia após um melhor entendimento das causas mais frequentes dessa patologia no nosso meio.

VI. RESULTADOS

Foram revisados os laudos histopatológicos (biópsias) dos anos 2010, 2011, 2012 e 2013 arquivados no Serviço de Patologia do Complexo HUPES, sendo identificados 45 casos com diagnóstico clínico de eritrodermia, dos quais foram obtidos dados demográficos (idade e sexo) e o primeiro diagnóstico histopatológico. As lâminas histopatológicas de todos os casos foram revisadas pela patologista experiente do serviço supracitado em agosto/2014, tendo um segundo diagnóstico histopatológico (Quadro 1). Após análise dos casos, foram considerados como inconclusivos os seguintes diagnósticos histopatológicos: dermatite espongíotica, dermatite psoriasiforme, processo inflamatório crônico, pústulas subcórneas, dermatite crônica granulomatosa, dermatite vacuolar e dermatite liquenóide.

A média de idade dos pacientes no momento de diagnóstico foi de $57,3 \pm 18,2$ anos, variando de 16 a 93 anos, a mediana de 59 anos. A razão entre sexo masculino e feminino foi de 1,04:1, sendo 51,11% do sexo masculino. Os primeiros diagnósticos histopatológicos foram: dermatite espongíotica em 7 (15,55%), inconclusivo em 7 (15,55%), psoríase em 6 (13,33%), micose fungóide em 6 (13,33%), dermatite psoriasiforme em 5 (11,11%), processo inflamatório crônico em 3 (6,66%), leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de Micose Fungóide em 2 (4,44%), escabiose em 2 (4,44%), pústulas subcórneas em 1 (2,22%), Síndrome de Sezary 1 (2,22%), farmacodermia em 1 (2,27%), dermatite crônica granulomatosa em 1 (2,22%), dermatite liquenóide em 1 (2,22%), dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 do adulto em 1 (2,22%), dermatite vacuolar em 1 (2,22%). Após revisão das lâminas, os segundos diagnósticos histopatológicos foram: inconclusivo em 20 (44,44%), psoríase em 7 (15,55%), micose fungóide em 6 (13,33%), farmacodermia em 2 (4,44%), pênfigo vulgar em 2 (4,44%), escabiose em 2 (4,44%), leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide em 2 (4,4%), pênfigo foliáceo em 1 (2,22%), Síndrome de Sezary em 1 (2,22%), dermatite de contato em 1 (2,22%), dermatite infecciosa do adulto em 1 (2,22%) (Quadro 1).

Foram revisados os prontuários dos 45 pacientes, nos quais foram obtidos os sinais e sintomas e os diagnósticos etiológicos. O diagnóstico etiológico através da correlação clínico histopatológica foi determinado em 31/45 (68,88%) casos, sendo 10 (22,22%) psoríase, 6 (13,33%) micose fungóide, 3 (6,66%) dermatite de contato, 2 (4,44%) leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide, 2 (4,44%) pênfigo vulgar, 2 (4,44%) escabiose, 2 (4,44%) farmacodermia, 2 (4,44%) pênfigo foliáceo, 1 (2,22%) dermatite infecciosa associada ao HTLV1 do adulto, 1 (2,22%) Síndrome de Sezary (Quadro 1). Portanto, as dermatoses preexistentes foram responsáveis por 20 (44,44%) casos, as neoplasias por 9 (20%), reações a drogas por 2 (4,44%), e 14 (31,11%) casos foram inconclusivos (Tabela 1). Quatorze casos não tiveram elucidação diagnóstica e houve inúmeras tentativas de contactar esses pacientes via telefone a fim de prosseguir com investigação diagnóstica e

acompanhamento ambulatorial, porém somente 1 (um) paciente foi contactado e compareceu ao Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES, cujo o resumo clínico será apresentado a seguir.

QUADRO 1 – Dados demográficos e histopatológicos de 45 casos de eritrodermia

Caso	Sexo	Idade	1º Diagnóstico Histopatológico	2º Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico Etiológico
1	F	73	Psoríase	Psoríase	Psoríase
2	M	51	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
3	M	51	Dermatite espongíotica	Inconclusivo	Inconclusivo
4	M	91	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
5	F	17	Dermatite crônica granulomatosa	Inconclusivo	Inconclusivo
6	F	81	Dermatite psoriasiforme	Inconclusivo	Psoríase
7	F	25	Dermatite psoriasiforme	Pênfigo Vulgar	Pênfigo Vulgar
8	M	75	Dermatite espongíotica	Inconclusivo	Inconclusivo
9	F	20	Dermatite psoriasiforme	Psoríase	Psoríase
10	M	30	Inconclusivo	Pênfigo Foliáceo	Pênfigo Foliáceo
11	M	49	Psoríase	Psoríase	Psoríase
12	M	51	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
13	M	53	Psoríase	Psoríase	Psoríase
14	M	81	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
15	F	50	Escabiose	Escabiose	Escabiose
16	M	65	Dermatite espongíotica	Inconclusivo	Inconclusivo
17	M	66	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
18	M	43	Síndrome de Sezary	Síndrome de Sezary	Síndrome de Sezary
19	M	55	Farmacodermia	Farmacodermia	Farmacodermia
20	F	35	Dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 do adulto	Dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 do adulto	Dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 do adulto
21	F	66	Psoríase	Psoríase	Psoríase
22	F	77	Escabiose	Escabiose	Escabiose
23	F	81	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
24	M	65	Dermatite espongíotica	Psoríase	Psoríase
25	M	59	Pústulas Subcórneas	Inconclusivo	Psoríase
26	M	60	Processo inflamatório crônico	Inconclusivo	Dermatite de contato

Continua.

QUADRO 1. [continuação]

27	M	85	Dermatite psoriasiforme	Inconclusivo	Inconclusivo
28	F	65	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide
29	M	16	Psoríase	Pênfigo Vulgar	Pênfigo Vulgar
30	M	47	Processo inflamatório crônico	Inconclusivo	Dermatite de contato
31	F	66	Dermatite Liquenoide	Farmacodermia	Farmacodermia
32	M	36	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide	Leucemia/linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide
33	F	36	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
34	M	61	Psoríase	Psoríase	Psoríase
35	F	93	Dermatite espongíótica	Dermatite de contato	Dermatite de contato
36	F	50	Dermatite psoriasiforme	Inconclusivo	Psoríase
37	F	63	Processo Inflamatório Crônico	Inconclusivo	Inconclusivo
38	M	55	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
39	M	62	Dermatite espongíótica	Inconclusivo	Inconclusivo
40	F	69	Dermatite vacuolar	Inconclusivo	Inconclusivo
41	F	56	Micose fungóide	Micose fungóide	Micose fungóide
42	F	61	Dermatite espongíótica	Inconclusivo	Inconclusivo
43	F	57	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
44	F	49	Inconclusivo	Inconclusivo	Inconclusivo
45	F	50	Inconclusivo	Inconclusivo	Pênfigo Foliáceo

TABELA 1- Diagnósticos etiológicos em 45 casos de eritrodermia

Etiologia	Número de casos	Porcentagem
Dermatoses preexistentes	20	44,44
Psoríase	10	22,22
Dermatite de contato	3	6,66
Pênfigo vulgar	2	4,44
Escabiose	2	4,44

Continua.

TABELA 1 – [continuação]

Pênfigo foliáceo	2	4,44
Dermatite infecciosa associada ao HTLV1 do adulto	1	2,22
Neoplasias	9	20,0
Micose fungóide	6	13,33
Leucemia/ Linfoma T do adulto com morfologia de micose fungóide	2	4,44
Síndrome de Sezary	1	2,22
Reação a drogas	2	4,44
Inconclusivo	14	31,11

Quanto aos sinais e sintomas associados, foi observado que os 42/45 (93,33%) casos apresentaram prurido, 17 (37,77%) edema de MMII, 13 (28,88%) febre, 7 (15,55%) ceratose palmoplantar, 7 (15,55%) perda ponderal, 7 (15,55%) artralgia, 6 (13,33%) edema facial, 4 (8,88%) onicopatia, e 4 (8,88%) fotossensibilidade (Tabela 2).

TABELA 2- Principais sinais e sintomas em 45 casos de eritrodermia

Sinal/sintoma	Número de casos n (%)	
	Presença	Ausência
Prurido	42 (93,33)	3 (6,66)
Edema de MMII	17 (37,77)	28 (62,22)
Febre	13 (28,88)	32 (71,11)
Ceratose Palmoplantar	7 (15,55)	38 (84,44)
Perda Ponderal	7 (15,55)	38 (84,44)
Artralgia	7 (15,55)	38 (84,44)
Edema Facial	6 (13,33)	39 (86,66)
Onicopatia	4 (8,88)	41 (91,11)
Fotossensibilidade	4 (8,88)	41 (91,11)

Em 19 de janeiro de 2015, foi atendido no Serviço de Dermatologia do Complexo-HUPES paciente contactado via telefone do estudo retrospectivo cujo diagnóstico etiológico ainda não fora esclarecido. Paciente do sexo masculino, branco, 54 anos, advogado, mantém persistência do quadro de eritrodermia, apresentando eritema, descamação e prurido generalizados, além de escoriações

secundárias ao prurido (figura 1). O quadro teve início em 2005 com placa eritematosa e descamativa no dorso, logo acometendo todo o corpo. Na época, foi tratado como psoríase, realizando sessões de fototerapia, sem melhora do quadro. Paciente relata piora do quadro com estresse, exposição a poeira e inseticida. Apresenta passado de rinite alérgica. Está em uso de prednisona 20mg/dia, hixizine 20mg/dia, desonida tópico, por conta própria. Exames laboratoriais (24/01/2015): Hemoglobina: 13,3 g/dL; Hematócrito: 41%; Leucócitos totais: 8.330; Segmentados: 63%; Eosinófilos: 13%; Linfócitos: 15%; Monócitos: 3,4%; Plaquetas: 283.000; Glicemia de jejum: 87mg/dL; HDL: 98mg/dL; LDL: 108 mg/dL; Triglicerídeos: 140 mg/dL; TGO: 31 U/L; TGP: 20 U/L; Gama GT: 43 U/L; Albumina: 4 g/L; Globulinas: 2,6 g/L; Ureia: 24 mg/dL; Creatinina: 1,0 mg/dL; Cálcio: 8,6 mg/dL; LDH: 514 U/L; VHS: 23mm/h. Sorologias negativas para HIV, HTLV1/2, HBV e HCV. Exame de imagem: Radiografia de tórax sem alterações. Paciente já havia realizado 2 (duas) biópsias anteriores no serviço, a primeira em fevereiro de 2012 e a segunda em junho do mesmo ano, ambas tendo como conclusão dermatite espongiótica, porém não definiram etiologia do caso. No dia 06/02/2015, foi realizada uma nova biópsia, que também não concluiu a etiologia do caso, sendo inconclusiva (Quadro 2). Após revisão das biópsias anteriores do paciente, foi decidido que a biópsia feita em junho de 2012 seria submetida ao estudo imunohistoquímico, pois esta continha aspectos sugestivos de micose fungóide. A imunohisquímica confirmou a suspeita de micose fungóide.

FIGURA 1. Caso de eritrodermia do estudo retrospectivo



QUADRO 2. Revisão das biópsias anteriores

Biópsias	Data	Conclusão
B-0657/12	24/02/2012	Dermatite Espongiótica Aguda. Os aspectos morfológicos favorecem reação de hipersensibilidade. Não há aspectos de psoríase.
B-2026/12	05/06/2012	Dermatite Espongiótica
B-499/15	04/02/2015	Inconclusivo. Considerando que os achados da biópsia B-2026/12 são mais sugestivos de um possível linfoma (micose fungóide), será realizado estudo imunohistoquímico da biópsia B-2016/12.

No estudo prospectivo foi adicionado 1(um) novo caso de eritrodermia matriculado no Serviço de Dermatologia do Complexo HUPES no dia 27/08/14:

CASO 1: Paciente do sexo masculino, branco, 70 anos, advogado, portador de psoríase há 40 anos, início do quadro com lesão descamativa e pruriginosa localizada em couro cabeludo aos 30 anos de idade. Nessa época foi realizada biopsia da lesão, tendo diagnóstico confirmado de psoríase, desde então, durante anos, fez uso irregular de Clobetasol. Aos 45 anos, teve o diagnóstico de artrite psoriática (espondilite anquilosante), acompanhado de dores intensas na coluna, e apenas em 2010 procurou o reumatologista que prescreveu Enbrel (Etanercepte) semanal, sendo suspenso em novembro 2013 durante internamento hospitalar. Em junho de 2013, foi internado em unidade hospitalar devido a pneumonia e hiponatremia. Em novembro de 2013, procurou a emergência devido quadro de apatia e sonolência exacerbada, sendo encaminhado para UTI onde permaneceu por 30 dias, e foi diagnosticado com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), desde então está em regime de home care e em uso de BiPAP (*BI-level Positive Airway Pressure*). Há 3 meses, houve piora do quadro cutâneo, apresentando eritrodermia (Figura 1), associado a febre e calafrios. Iniciou terapêutica com Prednisona 25 mg/dia e Metotrexato 7,5mg/dia, com melhora parcial do quadro, sendo encaminhado para este serviço onde foi prescrito Acitretina 25mg/dia no dia 27/08/14 e suspenso o Metotrexato, pois o paciente apresentou alteração da creatinina, paciente foi orientado a iniciar terapêutica. Exames laboratoriais (25/08/14): Hemácias: 3,4 milhões; Hemoglobina:10,3 g/mL; Hematócrito:34%; Leucócitos totais: 12.720; Segmentados: 9.540(75%); Linfócitos: 2.671(21%); Eosinófilos: 382(3%); Monócitos: 127(1%); Velocidade Hemossedimentação: 21mm/h; Glicose: 91 mg/dL; Colesterol total: 181 mg/dL; HDL: 66 mg/dL; LDL: 74 mg/dL; Colesterol não HDL: 115 mg/dL; Triglicerídeos: 205 mg/dL; Ácido Úrico: 5,7 mg/dL; K: 4,3 mg/dL; Ca:8,9 mg/dL ; P: 4,4

mg/dL; Mg: 1,9 mg/dL; TGO: 19 U/L; TGP: 27 U/L; GGT: 125 U/L; Creatinina: 1,5 mg/dL; Ureia: 51,3 mg/dL. Sorologias negativas para HIV, HTLV1/2, HBV e HCV.

FIGURA 2 – Caso de eritrodermia do estudo prospectivo



VI. DISCUSSÃO

A eritrodermia é uma síndrome clínica associada a várias patologias. Muitas vezes, a conclusão do diagnóstico etiológico é um desafio para o dermatologista, sendo que exames complementares são bastante inespecíficos. A média de idade de acometimento acima de 50 anos foi concordante com a maioria das séries de casos (Hansan & Jasén, 1983; Sigurdsson et al., 1996; Hulmani et al., 2014). Estudos mostram que há maior prevalência no sexo masculino (Jowkar et al., 2006; Kondo et al., 2006; Hulmani et al., 2014), nessa série de casos a relação homem/mulher foi de 1,04:1.

A maioria dos diagnósticos histopatológicos analisados, de forma isolada, foram inconclusivos, em concordância com a afirmação que a histopatologia da eritrodermia tende a ser inespecífica, sendo essencial a correlação clínica, com anamnese detalhada e cuidadosa do paciente, de acordo com King et al (1986).

As dermatoses preexistentes foram o principal grupo de diagnóstico etiológico do estudo, assim como na maioria dos estudos realizados em pacientes eritrodérmicos (Sigurdsson et al., 1996; Pal & Haroon, 1998; Akhyani et al., 2005), portanto destaca a importância da história clínica e tratamento precoce de dermatoses em pacientes dermatológicos, evitando uma evolução eritrodérmica e prognóstico desfavorável.

O diagnóstico etiológico mais frequente foi psoríase, em concordância com a literatura pesquisada (Pal & Haroon, 1998; Akhyani et al., 2005; Kondo et al., 2006), e, portanto, a psoríase é considerada a maior causa de eritrodermia. Vale ressaltar que o serviço no qual foi realizado o estudo é referência no tratamento de psoríase.

A micose fungóide foi o segundo diagnóstico mais frequente, ultrapassando a dermatite de contato, apresentando uma frequência maior do que na literatura (Vasconcellos et al., 1995; Pal & Haroon, 1998; Xiao-Ying et al., 2010), o que pode ser atribuído ao fato do estudo ser sido realizado em um serviço de referência.

Houve baixa prevalência de reação a drogas em relação a outros estudos como de Fernandes et al. (2008) e Khaled et al. (2010), o que pode ser atribuído a ausência de serviço de urgência e emergência no complexo hospitalar no qual foi o estudo foi feito.

Linfoma/leucemia T do adulto foi observado em 2 casos, uma frequência maior que esperada, no entanto Salvador (Bahia, Brasil) é área endêmica para a infecção pelo vírus linfotrópico para células humana tipo 1 (HTLV-1) (Bittencourt & Farré, 2008).

Prurido é o sintoma mais comum, no entanto não auxilia a determinar etiologia. Em outras séries também foi demonstrado grande prevalência de prurido como sintoma associado (Rym et al., 2005; Xiao-Ying et al., 2010). O segundo sintoma mais comum foi edema em membros inferiores, em outros estudos também foi observado alta prevalência desse sintoma (Rym et al., 2005; Xiao-Ying et

al., 2010). No presente estudo, apesar da alta prevalência de malignidades entre os pacientes, não foi encontrado nenhum registro de linfonodomegalia, em discordância com outras séries (Hansan & Jasén, 1983; Jowkar et al., 2006; Xiao-Ying et al., 2010).

A realização de múltiplas biópsias em diferentes regiões e diferentes períodos de tempo é instrumento importante para elucidação do diagnóstico etiológico, melhorando a acurácia do diagnóstico (Wilson et al., 1993), fato observado em paciente do estudo retrospectivo, que foi contactado para prosseguir investigação etiológica, tendo o diagnóstico definido no terceiro estudo anatomopatológico e imunohistoquímico.

Em relação ao caso do estudo prospectivo, foi observado a relação entre a gravidade da psoríase eritrodérmica e a associação com múltiplas comorbidades, como artrite psoriática e DPOC, já descrito na literatura (Oliveira et al., 2014). Devido ao curto tempo de coleta, associada a quantidade de feriados e logística do ambulatório no qual foi realizado o estudo, o estudo prospectivo se limitou a apenas 1 (um) caso.

Nessa série de casos, parte dos casos ainda não tem diagnóstico etiológico definido, assim como outros estudos (Hansan & Jasén, 1983; Sigurdsson et al., 1996; Kondo et al., 2006), se operacionalmente possível, pretendemos prosseguir com esse estudo série de casos, de forma prospectiva e retrospectiva, visando definir a etiologia da eritrodermia para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. É importante ressaltar que 1(um) paciente do estudo retrospectivo foi contactado e compareceu ao atendimento para prosseguir investigação etiológica, tendo seu diagnóstico concluído, representando não só melhora da qualidade de vida, mas também da sobrevida, pois ele teve o diagnóstico de micose fungóide com envolvimento cutâneo, que apresenta alta morbidade, se diagnosticada tardiamente.

Definir a etiologia ainda é um desafio para o dermatologista, pois a eritrodermia pode ser secundária patologias graves como linfomas cutâneos e a ATL, sendo importante o diagnóstico etiológico para iniciar o tratamento de forma precoce.

VII. CONCLUSÕES

1. Na amostra retrospectiva de estudada, a eritrodermia foi mais frequente em homens adultos acima de 50 anos.
2. O sintoma associado mais prevalente foi o prurido (93,3%).
3. A histopatologia analisada de forma isolada não conseguiu elucidar a etiologia da eritrodermia na maioria dos casos.
4. A correlação clínico-histopatológica determinou o diagnóstico etiológico em 31/45 (68,8%) casos, com maior prevalência de psoríase como etiologia, seguida de micose fungóide
5. Na amostra prospectiva, foi coletado apenas 1 (um) caso. Paciente de 70 anos, sexo masculino, com eritrodermia secundária a psoríase, associada a múltiplas comorbidades, como DPOC e espondilite anquilosante.

VIII. SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ERYTHRODERMA IN REFERENCE CENTER ON BAHIA (BRASIL). **Background:** erythroderma is a rare clinical syndrome, characterized by erythema and scaling, involving more than 90% of the body surface. It can be divided into four groups, according to the etiology: pre-existing dermatoses, drug reactions, malignancy and idiopathic. **Objective:** To characterize, retrospectively and prospectively, the clinical, epidemiological, etiological and histopathological profile of patients with erythroderma followed in reference center on Bahia. **Methods:** a descriptive, retrospective and prospective study, case series, in which medical records and histopathological reports of patients with erythroderma followed in the center from 2010 to 2013 were reviewed. In addition, new patients with erythroderma followed in the center from April 2014 to December 2014 have been included in the study. **Results:** 45 cases with clinical record of erythroderma were identified, the mean age was 57.3 ± 18.2 years, and 51.1% was male. After the review of histological slides, there was a prevalence of undetermined diagnosis (44.4%). The medical records of the 45 patients were reviewed, and the etiology was determined in 31/45 (68.8%) cases, psoriasis represented 22.2% of the cases. The itching was present in 93.3% of the cases. One (1) new case was included in the prospective study on 08-27-2014. **Discussion:** the epidemiological profile was similar to other case series. Psoriasis was the main etiology in this study, as described in the literature. Mycosis fungoides was more prevalent than described by the literature, which was the second etiology more frequent in this case series. **Conclusion:** the erythroderma was more frequent in men, over 50 years old, itching was the most prevalent associated symptom and psoriasis was the most common etiology in this study.

Key words: 1-Exfoliative dermatitis; 2-Erythema; 3-Psoriasis.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol* [periódicos na internet]. 2005 [aceso em 15 jun 2014]; 5. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-5945/5/5>
2. Bazarbachi A, Plumelle Y, Panelatti G, Ramos JC, Tortevoeye P, Otroock Z, Taylor G, Gessain A, Harrington W, Hermine O. A worldwide meta-analysis on the use of zidovudine and interferon-alpha for the treatment of adult T-cell leukemia/ lymphoma. *Blood* 2007; 110:610-11.
3. Bittencourt AL, Farre L. Leucemia/linfoma de células T do adulto. *An bras Dermatol* 2008; 83:351-59.
4. Fernandes NC, Maceira JP, Dresch TF, Pereira FSM, Cuzzi T, Araújo PP. Eritrodermia: estudo clínico-laboratorial e histopatológico de 170 casos. *An Bras Dermatol* 2008; 83(6):526-32.
5. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editores. *Rook's textbook of dermatology*. 7. ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2004. p. 35-69.
6. Hansan T, Jasén TC. Erythroderma: a follow-up of fifth cases. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:836-40.
7. Hulmani M, Nandakishore B, Bhat MR, Sukumar D, Jacintha M, Kamath G, Srinath MK. Clinic-etiological study of 30 erythroderma cases from tertiary center in South India. *Indian Dermatology Online Journal* [periódicos da internet]. 2014 [acesso em 22 nov 2014]; 5(1). Disponível em: <http://www.idoj.in/article.asp?issn=2229-5178;year=2014;volume=5;issue=1;spage=25;epage=29;aulast=Hulmani>
8. Jaime R, Lagodín C, Dahbar M, Allevato M, Cabrera H, Devés A. Eritrodermias. Estudio retrospectivo clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2005; 33(4):159-65.
9. Jowkar F, Aslani FS, Shafiee M. Erythroderma: a clinicopathological study of 102 cases. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 2006; 16:129-33.
10. Jun L, He-Yi Z. Erythroderma: A Clinical and Prognostic study. *Dermatology* 2012; 225(2):154-62.
11. Khaled A, Sellami A, Fazaa B, Kharfi M, Zeglaoui F, Kamoun MR. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *J Eur Acad Dermatol* 2010; 24:781-8.
12. Kim HY, Willemze R, Pimpinelli N, Whittaker S, Olsen EA, Ranki A, Dummer R, Hoppe RT. TNM classification system for primary cutaneous lymphomas other than mycosis

- fungoides and Sezary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer *Blood* 2007; 110(2):479-84.
13. King LE Jr, Dufresne RG Jr, Lowelt GL, Rosin MA. Erythroderma – review of 82 cases. *South Med J* 1986; 73:1210-15.
 14. Kondo RN, Mendes MF, Gon AS, Minelli L, Mendes MF, Pontello R. Exfoliative dermatitis: clinical and etiologic study of 58 cases. *An Bras Dermatol* 2006; 81(3):233-7.
 15. Okoduwa C, Lambert WC, Chen W, Eitokpah A, Kubeyinje E, Schwartz R. Erythroderma: review of a potentially life-threatening dermatosis. *Indian J Dermatol* [periódicos na internet]. 2009 [acesso em 15 jan 2014]; 54(1):6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800861/?report=reader>
 16. Oliveira MFSP, Rocha BO, Duarte GV. Psoríase: comorbidades clássicas e emergentes. *An Bras Dermatol* 2015; 90(1):08-19.
 17. Pal S, Haroon TS. Erythroderma: a clinic-etiological study of 90 patients. *Int J Dermatol* 1998; 37:104–7.
 18. Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the “red man”. *Clin Dermatol* 2005; 23:206-17.
 19. Rym BM, Mourad M, Bechir Z, Dalenda E, Faika C, Iadh AM, Amel BOD. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44:731–5.
 20. Sanches JA, Moricz C, Festa C. Processos linfoproliferativos da pele. Parte 2 – Linfomas cutâneos de células T e células NK. *An Bras Dermatol* 2006; 81(6):7-25.
 21. Sehgal VN, Strivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. *Int J Dermatol* 2004; 43:39-47.
 22. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, Vloten WA. Erythroderma: a clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:53-7.
 23. Sterry W, Assaf C. Erythroderma. In: Bologna JL, Jorizzo JL, editores. *Dermatology*. 2. ed. London: Mosby Elsevier; 2008. p. 149-58.
 24. Uchiyama T, Yodoi J, Sagawa K, Takatsuki K, Uchino H. Adult T-cell leukemia: clinical and hematologic features of 16 cases. *Blood* 1997; 50:481-92.
 25. Vasconcellos C, Domingues P, Aoki V, Miyake RK, Sauaia N, Martins JEC. Erythroderma: analysis of 247 cases. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(3):177-82.
 26. Wilson DC, Jester JD, King LE. Erythroderma and Exfoliative Dermatitis. *Clinics in Dermatology* 1993; 11:67-72.

27. Xiao-Ying Y, Jian-You G, Yu-Ping D, Li Q, Wei L. Erythroderma: a clinical-etiological study of 82 cases. *Eur J Dermatol* 2010; 20(3):373-7.
28. Zip C, Murray S, Walsh NMG. The specificity of histopathology in erythroderma. *J Cutan Pathol* 1993; 20:363-98.

X. ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em hospital de referência.

Pesquisador Responsável: Dr^a. Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira.

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, uma ficará retida com os pesquisadores e a outra será entregue ao(à) senhor(a).

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

OBSERVAÇÃO: Caso o participante da pesquisa não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal pelo participante da pesquisa.

Objetivo do Estudo

O principal objetivo do estudo é: descrever as características de pacientes com eritrodermia que são atendidos no serviço de dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto, Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES) da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

A eritrodermia é uma condição caracterizada pela descamação da pele e vermelhidão por quase todo corpo (>90% da extensão corporal).

Duração do Estudo

A duração total do estudo é de 3 (três) anos (01 de maio de 2014 à 01 de maio de 2017).

A sua participação no estudo será de aproximadamente 3 (três) anos.

Descrição do Estudo

Participação do estudo aproximadamente 15 indivíduos.

Este estudo será realizado no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES)/ UFBA.

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque é maior de 18 anos com diagnóstico de eritrodermia atendido no atendidos no Serviço de Dermatologia no Ambulatório Magalhães Neto, Complexo hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), UFBA.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo caso não seja possível a sua concordância com termo de consentimento livre e esclarecido, no caso de pessoas com doenças mentais ou limitações à liberdade.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto

A quebra da confidencialidade(segredo) e a exposição pública das informações prestadas pelos participantes são os riscos existentes na execução deste projeto de pesquisa. Com objetivo de não acontecer estas eventualidades, serão tomadas todas as medidas necessárias para a manutenção da privacidade e do sigilo(segredo) no manejo das informações.

Benefícios para o participante

Os resultados obtidos com este estudo poderão ajudar a melhorar o diagnóstico e o tratamento de casos de eritrodermias após um melhor entendimento das causas mais frequentes no nosso meio.

Compensação

O(a) senhor(a) não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) somente participa se quiser.

A não participação no estudo não implicará em nenhuma alteração no seu acompanhamento médico tão pouco alterará a relação da equipe médica com o mesmo. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à continuidade do tratamento e acompanhamento na instituição.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se o(a) senhor(a) decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Em Caso de Danos Relacionados à Pesquisa

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o(a) senhora tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Utilização de Registros Médicos e Confidencialidade

Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante da pesquisa a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei.

Os registros médicos que trazem a sua identificação e esse termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo nesta instituição é Dra. Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira que poderá ser encontrado no endereço rua Padre Feijó, 240, Ambulatório Magalhães Neto, Canela, CEP: 40110-170, Salvador, Bahia, Brasil, no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos ou no respectivo telefone: +55 (71) 3203-2740. A pesquisadora Dra. Vitória Regina Pedreira de Almeida Rêgo pode ser encontrada no endereço rua Padre Feijó, 240, Ambulatório Magalhães Neto, Canela, CEP: 40110-170, Salvador, Bahia, Brasil, no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos ou no respectivo telefone: +55 (71) 3203-2740. O pesquisador Francisco das Chagas Soares Neto pode ser encontrado no endereço rua Padre Feijó, 240, Ambulatório Magalhães Neto, Canela, CEP: 40110-170, Salvador, Bahia, Brasil, no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos ou no respectivo telefone: +55 (71) 3203-2740. A pesquisadora Thais Sampaio Silva pode ser encontrada no endereço rua Padre Feijó, 240, Ambulatório Magalhães Neto, Canela, CEP: 40110-170, Salvador, Bahia, Brasil, no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos ou no respectivo telefone: +55 (71) 3203-2740. A pesquisadora Dra. Achilea Candida Lisboa Bittencourt pode ser encontrada no endereço rua Augusto Viana, s/n, Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Canela, CEP: 40110-060, Salvador, Bahia, Brasil, no Serviço de Anatomia Patológica do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos ou no respectivo telefone: +55 (71) 3283-8014. O Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEB (Faculdade de Medicina da Bahia) se situa no Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, CEP 40.026-010, Salvador, Bahia, Brasil, com o seguinte telefone: + 55 (71) 3283-5564 e e-mail: cepfmb@ufba.br.

Nome do Sujeito de Pesquisa Letra de Forma ou à
Máquina

Data

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Nome do Representante Legal do Sujeito de Pesquisa
Letra de Forma ou à Máquina (quando aplicável)

Data

Assinatura do Representante Legal do Sujeito de
Pesquisa (quando aplicável)

Nome da pessoa obtendo o Consentimento

Data

Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

Nome do Pesquisador Principal

Data

Assinatura do Pesquisador Principal

ANEXO II**Ficha de Atendimento de Paciente com Eritrodermia**

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Nome _____

Prontuário _____

Cor _____ Sexo _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade _____

Religião _____

Telefone _____

Pessoa para contato _____

Endereço _____

Serviço de Origem _____

Nome e telefone do médico _____

Naturalidade _____

Procedência _____

Histórico familiar de Eritrodermia _____

Alergias _____

Idade ao diagnóstico _____

Início da doença _____

Duração da eritrodermia _____

Doenças prévias _____

Dermatoses prévias: () Psoríase () Dermatite atópica () Dermatite de contato

() Pênfigo foliáceo () Pênfigo vulgar () Outras

Se outras, qual(is)? _____

Está em uso de medicamentos? () Sim () Não

Medicamentos em uso: () Prednisona () Metotrexato () Acitretina () Ciclosporina () Azatioprina () Dapsona () Fototerapia

Está em uso de Antibióticos? () Sim () Não

Se sim, qual(is)? _____

Outros medicamentos _____

Lesões iniciais (local e tipo) _____

Lesões mucosas: () Sim () Não

Tipo de lesões _____

Lesões ungueais: () Sim () Não

Tipo de lesões _____

Couro cabeludo afetado: () Sim () Não

Tipo de lesões _____

Fatores agravantes: () Sim () Não

Se sim, quais? _____

SINTOMAS E/OU SINAIS ASSOCIADOS

	SIM	NÃO
Prurido	()	()
Febre	()	()
Calafrios	()	()
Fotossensibilidade	()	()
Queratoderma palmoplantar	()	()
Ectrópio palpebral	()	()

Quelite	()	()
Onicopatia	()	()
Alopecia	()	()
Edema MMII	()	()
Edema facial	()	()
Linfadenopatia	()	()
Hepatomegalia	()	()
Esplenomegalia	()	()
Perda ponderal	()	()
Insônia	()	()
Fadiga	()	()
Falta de apetite	()	()
Pústula	()	()
Artralgia	()	()

Resposta ao tratamento: () Sem Resposta () Resposta Parcial () Remissão

Tratamentos prévios _____

Internamento: () Sim () Não

Data da alta _____

EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma: Hemácias _____ Hemoglobina _____ Hematócrito _____

Leucograma - contagem _____ Linfócitos totais _____ L. atípicos _____

Células em “flor” _____ Eosinófilos _____ Basófilos _____

Monócitos _____

Glicemia de jejum _____

Colesterol Total _____ HDL _____ LDL _____

Triglicerídeos _____

TGO _____ TGP _____ GGT _____ Fosfatase Alcalina _____

Proteínas Totais _____ Albumina sérica _____

Globulinas _____

Sódio _____ Potássio _____ Magnésio _____ Cálcio _____

Cloro _____ Fosfato _____

LDH _____ VHS _____ Creatinina sérica _____ Ureia _____

Sumário de Urina _____

Parasitológico de fezes com Baerman (quantos) _____

Sorologias: HBV _____ HCV _____ HIV _____ HTLV 1 _____ HTLV
2 _____

BIOPSIA

Diagnóstico anatomopatológico _____

Sítio da biópsia _____ N.º _____

Biopsia com lesões infiltrativas sugestivas de linfoma?

Repetição da biópsia? () Sim () Não

Em caso de repetição da biópsia, 2º Diagnóstico anatomopatológico: _____

N.º das biópsias anteriores _____ Fotografado? _____

RESULTADOS DOS EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIA e US)

Data dos exames _____

Resultado da radiografia de de Tórax _____

Presença de infiltrado pulmonar: () Sim () Não

Outras alterações na radiografia do tórax _____

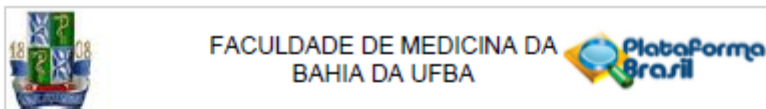
Resultado da US do abdome _____

Esplenomegalia: () Sim () Não

Hepatomegalia: () Sim () Não

Massa abdominal: () Sim () Não

Outras alterações na US abdominal_____

ANEXO III**Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Medicina da Bahia****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Diagnóstico clínico-patológico de eritrodermias em hospital de referência da Bahia

Pesquisador: Maria de Fátima Santos Palm de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27400514.2.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 613.940

Data da Relatoria: 05/05/2014

Apresentação do Projeto:

Eritrodermia é uma doença cutânea rara, caracterizada por eritema cutâneo generalizado associado a descamação em graus variáveis que acomete > 90% da superfície corporal. Pode ter variados diagnósticos etiológicos, como dermatoses preexistentes, doenças sistêmicas, reação a drogas, infecções ou idiopática. Há necessidade de se caracterizar melhor o perfil clínico, epidemiológico, anatomopatológico de pacientes eritrodermicos acompanhados em hospital de referência no estado da Bahia.

Trata-se de uma série de casos descritivo retrospectivo e prospectivo envolvendo (estimado) 15 participantes. O tamanho amostral foi escolhido por conveniência. Serão revisados os prontuários e os laudos histopatológicos de pacientes com história clínica de eritrodermia arquivados no Serviço de Patologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos a partir do ano de 2002 até o ano de 2013, e se necessário serão feitos novos recorte dos blocos e estudo imunohistoquímico. Prospectivamente serão acompanhados pacientes com diagnóstico de eritrodermia a partir do ano de 2014 no Serviço de Dermatologia do C-HUPES.

No estudo prospectivo será respondido um questionário epidemiológico, realizado um exame

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.028-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 613.940

clínico geral e dermatológico, feita fotografia de rotina para documentação da evolução clínica. Exames laboratoriais hematológicos, bioquímicos e sorológicos, sumário de urina, parasitológico de fezes, raio X de tórax; ultrassonografia do abdome. Será realizada biópsia de rotina para estudo anatomopatológico, dois fragmentos. Serão anotadas as biópsias anteriores realizadas por outro serviço e feitas revisões. Será repetida a biópsia em casos anteriormente diagnosticados que apresentaram lesões infiltrativas sugestivas de linfoma.

Variáveis: Idade, gênero, cor, naturalidade, procedência, histórico familiar de eritrodermia, Idade do diagnóstico, duração da eritrodermia, dermatoses prévias, doenças prévias, tratamentos prévios, tratamento atual, presença de lesões mucosas, lesões ungueais, acometimento do couro cabeludo, fatores agravantes, diagnóstico histopatológico.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Descrever de modo retrospectivo e prospectivo o perfil clínico, epidemiológico e anatomopatológico dos casos com diagnóstico de eritrodermia previamente acompanhados no Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/UFBA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A quebra da confidencialidade e a exposição pública das informações de participantes são os riscos existentes na execução deste projeto de pesquisa. Visando a não ocorrência destas eventualidades, serão tomadas todas as medidas necessárias para a manutenção da privacidade e do sigilo no manejo das informações.

BENEFÍCIOS:

Tem-se a possibilidade de fornecer dados que permitam traçar o perfil dos pacientes eritrodérmicos, caracterizar o perfil epidemiológico e clínico desses pacientes, identificar os diagnósticos etiológicos mais frequentes, e, assim, otimizar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes atendidos com eritrodermia após um melhor entendimento das causas mais frequentes dessa patologia no nosso meio. Descreve os benefícios societários (publicação dos resultados) em carta anexada.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.028-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfm@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 613.940

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo série de casos por conveniência em doença rara "Eritrodermia" com alta mortalidade associada. Onde o Investigador se propõe a revisar o prontuário de pacientes atendidos desde 2002 além de seus resultados de biópsia. Etíco pode trazer benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ADEQUADO.

ORÇAMENTO: R\$ 1800; com a contrapartida anotada, COMPATÍVEL.

Cronograma: NADEQUADO.

Termo de anuência da Instituição: APRESENTADO, ADEQUADO

Recomendações:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 613.940

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente a ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-FMB SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Ético, sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 13 de Abril de 2014

Assinador por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br