FARMACODERMIAS

	IMAGEM ILUSTRATIVA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	PRINCIPAIS AGENTE	MANEJO CLÍNICO
STEVENS JOHNSON ***NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA (NET)***	 	Início ocorre entre 1 e 15 dias após exposição. Pródromo de mal-estar, febre, cefaleia, coriza, mialgia, artralgia, hipersensibilidade cutânea, acompanhada de inflamação de conjuntivas, pálpebras, orofaringe, genitais. A área mais acometida é a boca, com lesões bolhosas hemorrágicas nos lábios, língua e mucosa oral que sem rompem deixando áreas erosivas recobertas por crostas, além de outras lesões mucosas como conjuntivite, uveíte, lesão anal e uretrite. As lesões cutâneas são polimórficas desde máculopapular, até púrpuras e bolhas serohemorrágicas. • Steven Johnson (SJS): < 10% de extensão • NET: > 30% extensão • Sobreposição de SJS/NET: Entre 10 e 30% de extensão	• Sulfas; • anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitonína, carbamazepina); • anti-inflamatórios (ibuprofeno, naproxeno, dicloefenco); • penicilina; • cefalosporinas; • tetraciclina; • macrolídeos; • alopurinol.	**CADASTRAR PACIENTE NA CLM** + • Retirada imediata do fármaco causador; • Proteger via aérea; • acesso venoso periférico distante das áreas afetadas; • Manipulação cuidadosa e asséptica; • hidratação IV: SF0,9% 3,3ml X peso em Kg X área afetada (hidratação semelhante a do queimado); • Cobrir áreas de pele desnudas com compressa com SF; • Analgesia.
DRESS ***SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE À DROGAS***	 	Início 2 a 8 semanas após exposição. 1. Inicia-se com febre e exantema grave, morbiliforme, que se torna edematoso, com possível surgimento de vesículas, bolhas, pústulas e lesões purpúricas. Edema de face; Ausência de acometimento mucoso. 2. Anormalidade hematológicas: eosinofilia ≥ 1500/mm3 ou linfocitose atípica; 3. Envolvimento sistêmico: adenopatia ≥ 2cm de diâmetro ou hepatite (aumento de transaminases em duas vezes o normal) ou nefrite intersticial ou pneumonite intersticial ou cardite. O diagnóstico de DRESS é confirmado se os três critérios estiverem presentes	• Sulfas; • anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitonína, carbamazepina); • Dapsona; • Alopurinol; • Talidomida; • Lamotrigina; • Ouro; • abacavir	**CADASTRAR PACIENTE NA CLM** + • Retirada imediata do fármaco causador; • Coleta de exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos, função renal, função hepática); • Prednisona 0,5-1mg/kg/dia por 6 a 8 semanas
PUSTULOSE EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA (PEGA)	 	Início 2 dias a 2 semanas após exposição. Febre + pústulas não foliculares e estéreis, sobre áreas eritematoedematosas. Inicialmente acometem a face, axilas e regiões inguinocrurais, com posterior disseminação para tronco e extremidades superiores. O comprometimento das mucosas e o envolvimento de órgãos internos são incomuns. As anormalidades laboratoriais mais comuns são leucocitoses e neutrofilia.	• Antibióticos betalactâmicos; • Amoxicilina; • Quinolonas; • Penicilinas; • Vancomicina; • Doxicilina; • Nistatina; • Metronidazol; • Isoniazida; • Hidroxicloroquina; • Terbinafina; • Bloqueadores dos canais de cálcio	**TRATAMENTO DOMICILIAR** • Retirada imediata do fármaco causador; • Loções hidratantes; • Corticosteróides tópicos: dexametasona creme; • Antipiréticos: paracetamol 500mg ou paracetamol 200mg/ml 1 gota/kg de 6/6h. • Casos muito extensos, usar corticóide via oral: prednisona 0,5-1mg/kg/dia

FARMACODERMIAS

	IMAGEM ILUSTRATIVA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	PRINCIPAIS AGENTE	MANEJO CLÍNICO
ERITRODERMIA		Início 1 a 4 semanas após exposição. Prurido associado a eritema difuso, envolvendo 90% ou mais da superfície corpórea linfadenopatia. Segue-se descamação lamelar (subaguda) ou furfurácea (crônica)	• AAS; • Sulfas; • Tetraciclinas; • gentamicina; • cetoconazol; • captopril; • lítio; • metotrexato; • anticonvulsivantes,	**CADASTRAR PACIENTE NA CLM** + • Retirada imediata do fármaco causador; • Óleos e emolientes; • Prednisona 0,5-1mg/kg/dia
EXANTEMAS		Início 1 a 2 semanas após exposição Lesões pleomórficas com máculas e pápulas eritematosas no tronco e extremidades, poupando as regiões palmar e plantar. Pode ser exantema morbiliforme ou escarlatiniforme. Pode haver febre e eosinofilia.	• Antibióticos betalactâmicos; • Quinolonas; • Sulfas; • Aines; • Alopurinol; • anticonvulsivantes	**TRATAMENTO DOMICLIAR** • Retirada imediata do fármaco causador; • Corticosteróides tópicos: dexametasona creme; • Anti-histamínicos: loratadina/ dexclorfeniramina
URTICÁRIA	 	Início minutos até 2 semanas após exposição. Lesões cutâneas são urticas eritematosas, associado com prurido e angioedema. Casas graves podem evoluir para anafilaxia.	• Sulfas; • AINES; • Penicilinas; • Analgésicos.	**SE ANAFILAXIA:** • ADRENALINA 1:1000: 0,3 A 0,5ML IM OU 0,01 ml/kg/dose IM • METILPREDNISOLONA 500MG: 125MG IV OU 2mg/kg/dose • PROMETAZINA 50MG: 25MG IM OU 0,5mg/kg/dose **SE CASO LEVE:** TRATAMENTO DOMICILIAR • Retirada imediata do fármaco causador; • Anti-histamínicos: loratadina/ dexclorfeniramina • Corticosteróide oral: prednisona 0,5mg/kg/dia
ERITEMA POLIMORFO		Início 1 a 2 semanas após exposição. A lesão típica é denominada "lesão em alvo" que é uma lesão eritematosa, de bordas papulosas ou vesículosas com centro deprimido, purpúrico ou pigmentado, com 3 zonas concêntricas	• Analgésicos; • AINES; • Barbitúricos; • Antibióticos; • Sulfas; • Anticonvulsivantes; • Prometazina.	**TRATAMENTO DOMICLIAR** • Retirada imediata do fármaco causador; • Corticosteróides tópicos: dexametasona creme
ERUPÇÃO ACNEIFORME		Início 1 a 2 semanas após exposição Aparecimento abrupto de lesões acneiformes, sem comedões, principalmente em tronco, membros, coxa e regiões glúteas.	• Cianocobalamina; • Anabolizantes; • Corticóides; • Fluoretos; • Lítio; • Iodetos; • Anticonvulsivantes.	