

# DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XXI

## CAPÍTULO 29

### EMERGÊNCIAS DERMATOLÓGICAS: DIAGNÓSTICO, ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

ELIS FELDSTEIN BOTELHO<sup>1</sup>  
ISABELA SCHULTZ RAMOS DE ANDRADE<sup>1</sup>  
JULIA LIMA STRASBURG<sup>1</sup>  
MARIA CLARA PAGANELLI<sup>1</sup>  
VITOR D'ÁVILA REIS OMETTO STOLF<sup>1</sup>  
CAROLINE NASCIMENTO SANTOS<sup>2</sup>  
LIVIA MATIDA GONTIJO<sup>2</sup>

1. Faculdade de Medicina – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

2. Hospital PUC-Campinas.

**Palavras-chave:** *Serviços Médicos de Emergência; Toxidermias; Diagnóstico Precoce.*

DOI

10.59290/9326229500

**EP** EDITORA  
**PASTEUR**

## INTRODUÇÃO

As emergências dermatológicas correspondem a condições cutâneas agudas ou exacerbações graves de dermatoses preexistentes que exigem reconhecimento rápido, triagem rigorosa e conduta inicial imediata. Embora a grande maioria das queixas dermatológicas atendidas em serviços de urgência e emergência (SU) esteja relacionada a quadros benignos e autolimitados, como urticária não complicada, dermatites de contato, infecções cutâneas superficiais e reações medicamentosas exantemáticas leves, uma parcela crítica das apresentações pode indicar doenças sistêmicas potencialmente fatais. Essas condições de alto risco cursam com extenso comprometimento da barreira cutânea, instabilidade hemodinâmica, disfunção de múltiplos órgãos e elevação significativa da morbimortalidade (ALMAZAN *et al.*, 2017; FREIMAN *et al.*, 2005).

Nesse contexto de urgência, o diagnóstico é predominantemente clínico e depende da integração meticulosa entre a anamnese direcionada, a morfologia primária e secundária das lesões, o padrão de distribuição anatômica, a estimativa da superfície corporal acometida (SCQ) e a presença de sinais sistêmicos de alerta (como febre, hipotensão e taquicardia). Entretanto, o reconhecimento precoce pode representar um formidável desafio diagnóstico em apresentações atípicas, fases prodrômicas de síndromes graves ou em pacientes imunossuprimidos. Nesses grupos vulneráveis, manifestações cutâneas inicialmente discretas podem ser o arauto de infecções sistêmicas devastadoras, farmacodermias graves ou doenças inflamatórias extensas (MITRA *et al.*, 2019; MODANLO *et al.*, 2025).

Com isso, o manejo das emergências dermatológicas exige uma abordagem sistematizada e individualizada, estratificada de acordo

com a estabilidade clínica do paciente, o risco iminente de perda da função de barreira cutânea, o grau de envolvimento de mucosas, a suspeita etiológica principal e a carga de comorbidades associadas. Este documento tem como objetivo apresentar uma revisão aprofundada e baseada em evidências sobre as emergências dermatológicas. Serão abordados os perfis epidemiológicos, a propedêutica clínica direcionada, os sinais de alarme (*red flags*), a correlação histopatológica para quadros selecionados e, por fim, os algoritmos de conduta terapêutica inicial visando à estabilização e à mitigação de desfechos adversos.

## EPIDEMIOLOGIA E PERFIL NOSOLÓGICO

As queixas dermatológicas representam uma parcela considerável do volume de atendimentos em serviços de urgência, correspondendo historicamente a aproximadamente 5% a 10% do total de consultas médicas de emergência (FREIMAN *et al.*, 2005). Apesar desse expressivo impacto numérico, a esmagadora maioria dos casos envolve condições benignas ou de baixa complexidade assistencial. Ainda assim, a triagem clínica (frequentemente baseada em protocolos como o Protocolo de Manchester) torna-se o pilar fundamental para a rápida identificação daquela fração minoritária de pacientes que abrigam síndromes com potencial risco à vida.

No cenário epidemiológico brasileiro, uma análise transversal envolvendo adultos atendidos em uma emergência hospitalar identificou uma prevalência de 7,69% de lesões dermatológicas figurando como a queixa principal que motivou a busca por atendimento (PERUCHI *et al.*, 2022). Nesse estudo, as afecções de etiologia infecciosa predominaram amplamente, cor-

respondendo a 57,1% dos diagnósticos (notadamente celulite e erisipela), seguidas pelas doenças eczematosas e alérgicas, com 14,3% (PERUCHI *et al.*, 2022). Entre os sintomas motivadores da consulta, a dor cutânea superou o prurido em frequência, um dado semiológico que reitera a importância da dor como marcador de processos inflamatórios ou infecciosos profundos na abordagem inicial.

A sobrecarga dos serviços de emergência com afecções cutâneas de baixa complexidade reflete, em parte, fragilidades na organização do cuidado em rede. Em Florianópolis, por exemplo, a avaliação do perfil nosológico na atenção primária e secundária demonstrou uma elevada demanda global por assistência dermatológica (FERREIRA *et al.*, 2020). Esse cenário corrobora o conceito de que quadros agudos, porém não emergenciais, poderiam ser absorvidos pelos níveis iniciais de atenção, reservando o ambiente hospitalar de emergência para as apresentações extensas, atípicas, sistêmicas ou rapidamente progressivas.

Em consonância com os dados nacionais, coortes internacionais confirmam o padrão de

alta frequência e baixa gravidade global. Em um hospital terciário na Espanha, as queixas cutâneas representaram 5,6% de todas as visitas ao pronto-socorro (BANCALARI-DÍAZ *et al.*, 2016). Entre os diagnósticos finais, destacaram-se as infecções cutâneas, a urticária aguda, a dermatite de contato e as farmacodermias leves (BANCALARI-DÍAZ *et al.*, 2016). Contudo, ao se analisar os dados oriundos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou centros de referência em queimados/dermatologia severa, observa-se uma drástica inversão na gravidade, com predomínio de necrólise epidérmica tóxica (NET), síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), pênfigo vulgar disseminado, eritrodermias esfoliativas e infecções necrotizantes profundas (MITRA *et al.*, 2019).

Portanto, a relevância epidemiológica da dermatologia na emergência reside não apenas no volume de atendimentos, mas sobretudo na exigência técnica de se identificar rapidamente a pequena, porém letal, coorte de pacientes em risco de falência cutânea aguda (**Figura 29.1**).

**Figura 29.1** Triage em emergências dermatológicas: sinais sistêmicos e cutâneos de alarme (*red flags*) e escala de gravidade clínica



Fonte: IA Manus.

## QUADRO CLÍNICO E SINAIS DE ALARME (*RED FLAGS*)

As emergências dermatológicas manifestam-se através de um espectro clínico altamente heterogêneo. A diferenciação entre uma erupção benigna e uma condição ameaçadora à vida depende da identificação de "sinais de alerta" (*red flags*) durante o exame físico e a anamnese inicial.

Na avaliação propedêutica, o médico emergencista deve inspecionar rigorosamente a morfologia primária das lesões (ex: pústulas, vesículas, bolhas, púrpura palpável), a topografia e padrão de distribuição, a extensão do acometimento (frequentemente calculada pela Regra dos Nove de Wallace) e, de forma imperativa, a cavidade oral, ocular e genital em busca de envolvimento mucoso (ALMAZAN *et al.*, 2017; FREIMAN *et al.*, 2005).

Embora o prurido seja o sintoma dermatológico mais comum, a dor cutânea severa, especialmente quando desproporcional aos achados visíveis, constitui um dos mais importantes sinais de alarme para afecções profundas, como a fasciíte necrotizante, ou para a fase prodrômica de necrose epidérmica na SSJ/NET (GOLAN, 2019). Adicionalmente, a presença de febre alta, hipotensão, taquicardia, rebaixamento do nível de consciência, taquipneia, oligúria, lesões purpúricas retiformes, formação rápida de bolhas flácidas e o Sinal de Nikolsky positivo (descolamento epidérmico induzido por fricção tangencial) indicam extrema gravidade e demandam intervenção imediata (ALMAZAN *et al.*, 2017).

### Farmacodermias graves

Neste grupo de alta morbimortalidade, destacam-se a síndrome de Stevens-Johnson (SSJ),

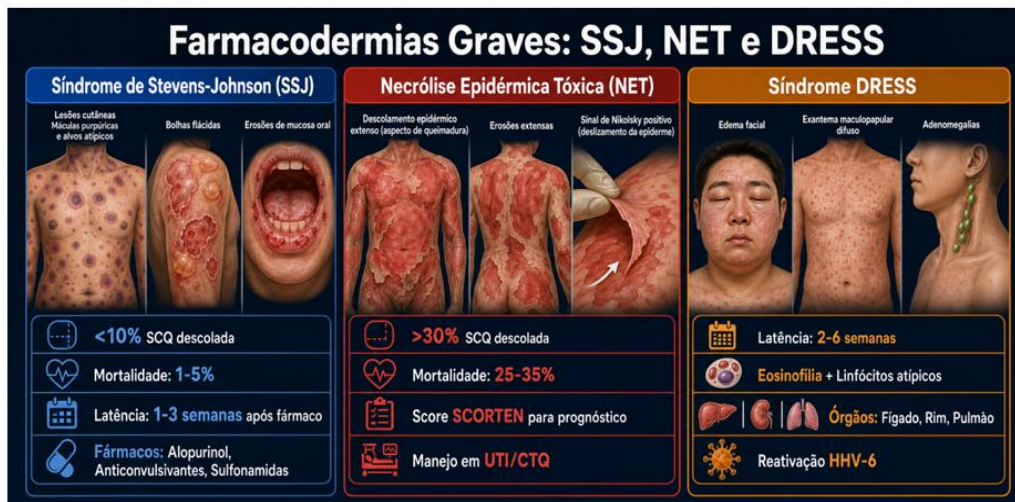
a necrólise epidérmica tóxica (NET), a síndrome DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) e a pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA) (Figura 29.2).

- SSJ e NET: representam um espectro da mesma doença, mediada por linfócitos T citotóxicos, caracterizada por apoptose maciça de queratinócitos. Manifestam-se clinicamente por febre alta, dor cutânea excruciante, máculas eritemato-violáceas com centro escuro (lesões em alvo atípicas), que rapidamente evoluem para bolhas flácidas e extenso descolamento epidérmico, assemelhando-se a grandes queimaduras. O acometimento severo de pelo menos duas mucosas (oral, conjuntival, genital) é a regra. A classificação baseia-se na área de superfície corporal (SC) descolada: SSJ (<10%), *overlap* SSJ/NET (10-30%) e NET (>30%) (FREIMAN *et al.*, 2005).

- Síndrome DRESS: reação de hipersensibilidade tardia que surge tipicamente 2 a 6 semanas após a introdução do fármaco (frequentemente anticonvulsivantes ou alopurinol). Caracteriza-se por exantema maculopapular difuso, edema facial acentuado, linfadenopatia generalizada, febre e envolvimento de órgãos internos (hepatite fulminante, nefrite, pneumonite), associado a anormalidades hematológicas marcantes (eosinofilia intensa e linfócitos atípicos).

- PEGA: erupção febril aguda caracterizada pelo surgimento abrupto de dezenas a centenas de pequenas pústulas não foliculares e estéreis sobre uma base intensamente eritematosa e edemaciada, com predileção pelas grandes pregas (axilas, virilhas). Geralmente desencadeada por antibióticos (betalactâmicos, macrolídeos), resolve-se rapidamente após a suspensão da droga.

**Figura 29.2** Espectro das farmacodermias graves: diferenciação clínica entre SSJ, NET e DRESS, com critérios de classificação e mortalidade



Fonte: IA Manus.

### Infecções cutâneas profundas e necrotizantes

As infecções de pele e partes moles (IPPM) abrangem desde quadros superficiais até infecções profundas devastadoras. A Fasciíte Necrotizante é uma emergência cirúrgica fulminante, causada por estreptococos do Grupo A (Tipo II) ou infecção polimicrobiana (Tipo I). Inicia-se como um eritema doloroso que rapidamente progride para áreas violáceas, formação de bolhas hemorrágicas, anestesia local (por destruição de nervos sensitivos) e crepitação à palpação (presença de gás). A toxicidade sistêmica é profunda, evoluindo rapidamente para choque séptico e falência de múltiplos órgãos (GOLAN, 2019). A Síndrome do Choque Tóxico (SCT), mediada por exotoxinas estafilocócicas ou estreptocócicas, cursa com febre súbita, hipotensão refratária e um exantema eritematoso difuso (aspecto de "queimadura solar"), seguido por descamação palmo-plantar tardia (GOLAN, 2019).

### Outras apresentações de risco

- Eritrodermia (dermatite esfoliativa): caracterizada por eritema e descamação generalizados envolvendo mais de 90% da superfície

corporal. Cursa com perda insensível de água, distúrbios termorregulatórios (hipotermia severa), desequilíbrio hidroeletrólítico, hipoalbuminemia e alto risco de sepse por perda da barreira. Pode ser secundária a exacerbação de psoríase, dermatite atópica, linfoma cutâneo de células T ou reações a drogas (ALMAZAN *et al.*, 2017).

- Pacientes imunossuprimidos: indivíduos transplantados, oncológicos ou com HIV/AIDS merecem atenção redobrada. Nesses pacientes, lesões cutâneas aparentemente inocentes ou atípicas (ex: ectima gangrenoso, infecções fúngicas profundas disseminadas, reações severas a inibidores de *checkpoint* imunológico) podem representar os primeiros sinais de sepse oportunista ou toxicidade fatal (ALMAZAN *et al.*, 2017; MODANLO *et al.*, 2025).

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E HISTOPATOLOGIA

O diagnóstico das emergências dermatológicas é essencialmente clínico e temporal. A avaliação laboratorial inicial deve focar na repercussão sistêmica do insulto cutâneo. Hemograma completo, provas de função renal (ureia,

creatinina), eletrólitos, gasometria arterial, transaminases hepáticas, proteína C-reativa (PCR), lactato e hemoculturas são fundamentais para avaliar o grau de falência orgânica e sepse associada. A presença de eosinofilia acentuada e elevação de transaminases reforça fortemente a suspeita de DRESS, enquanto leucocitose com desvio à esquerda e lactato elevado apontam

para infecção necrotizante (**Quadro 29.1**) (ALMAZAN *et al.*, 2017).

Em apresentações clinicamente ambíguas, a biópsia de pele com análise histopatológica de urgência (cortes de congelção, quando disponíveis) torna-se um exame auxiliar valioso, capaz de confirmar o diagnóstico em poucas horas e direcionar a terapia imunossupressora ou cirúrgica (**Quadro 29.2**) (JUNG, 2017).

**Quadro 27.1** Principais apresentações clínicas das emergências dermatológicas e seus sinais de alarme

| Condição clínica                | Características morfológicas principais                                                  | Sinais de gravidade sistêmica                                                         |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Urticária e angioedema          | Placas eritematoedematosas, fugazes, intensamente pruriginosas; edema de derme profunda  | Dispneia, estridor laríngeo, síncope, hipotensão (indicativos de anafilaxia)          |
| Farmacodermias graves (SSJ/NET) | Máculas purpúricas, lesões em alvo atípicas, bolhas flácidas, Sinal de Nikolsky positivo | Dor cutânea intensa, descolamento epidérmico extenso, mucosite severa, febre alta     |
| Infecções necrotizantes         | Eritema em rápida expansão, edema duro, áreas violáceas, bolhas hemorrágicas             | Dor desproporcional ao exame, crepitação, anestesia focal, sinais de choque séptico   |
| Eritrodermia                    | Eritema e descamação acometendo >90% da superfície corporal                              | Hipotermia grave, desidratação, distúrbios eletrolíticos, taquicardia de alto débito  |
| Doenças bolhosas autoimunes     | Bolhas flácidas (Pênfigo) ou tensas (Penfigoide), erosões dolorosas crônicas             | Acometimento mucoso extenso limitando ingestão oral, desnutrição, infecção secundária |

**Quadro 26.2** Correlação clínico-patológica nas principais emergências dermatológicas

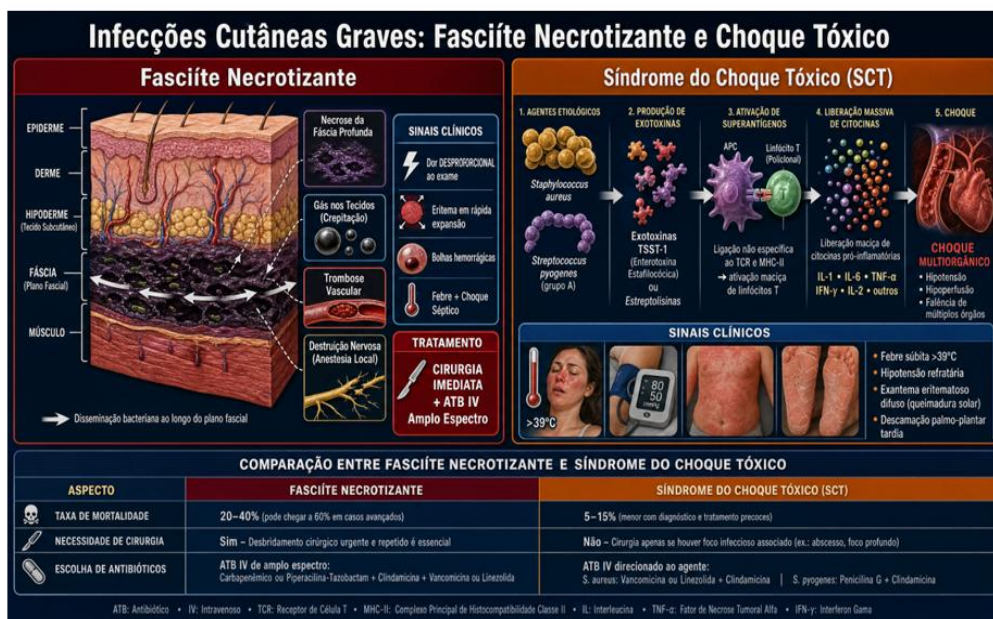
| Suspeita clínica            | Achados histopatológicos clássicos                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SSJ/ NET                    | Dermatite de interface vacuolar severa, necrose confluyente de queratinócitos em toda a espessura da epiderme, clivagem subepidérmica, escasso infiltrado inflamatório dérmico.     |
| Síndrome DRESS              | Achados inespecíficos; pode apresentar dermatite de interface leve a moderada, espongióse, e infiltrado linfocitário perivascular superficial com presença variável de eosinófilos. |
| PEGA                        | Pústulas subcórneas ou intraepidérmicas espongiiformes repletas de neutrófilos, edema dérmico proeminente, infiltrado perivascular misto.                                           |
| Vasculite leucocitoclástica | Necrose fibrinoide da parede de pequenas vênulas pós-capilares, infiltrado neutrofílico permeando o vaso, leucocitoclasia (poeira nuclear) e extravasamento de hemácias.            |
| Pênfigo vulgar              | Clivagem intraepidérmica suprabasal, acantólise severa (células arredondadas soltas); Imunofluorescência Direta (IFD) mostra depósito intercelular padrão "rede" de IgG/C3.         |

## ALGORITMOS DE TRATAMENTO E CONDUTA INICIAL

O sucesso no manejo das emergências dermatológicas depende da velocidade de reconhecimento, da estabilização hemodinâmica imediata e da interrupção do agente agressor. Pacientes com sinais de falência cutânea aguda (NET,

eritrodermia severa, pênfigo disseminado) devem ser idealmente transferidos para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Centros de Tratamento de Queimados (CTQ), devido à expertise no manejo de grandes áreas desnudas e controle de infecção (**Figura 29.3**) (ALMAZAN *et al.*, 2017); (FREIMAN *et al.*, 2005).

**Figura 29.3:** Fisiopatologia e conduta nas infecções cutâneas graves: fasciíte necrotizante e síndrome do choque tóxico



Fonte: IA Manus.

### Medidas de suporte sistêmico comuns

- Estabilização hemodinâmica: reposição volêmica agressiva guiada por metas (preferencialmente Ringer Lactato), controle rigoroso do balanço hídrico e débito urinário.

- Controle térmico e metabólico: aquecimento ambiental (quarto aquecido a 30-32°C para eritrodérmicos/NET), correção de distúrbios eletrolíticos e suporte nutricional hipercaleórico/hiperproteico precoce (frequentemente via sonda nasoenteral devido à mucosite).

- Manejo da dor: analgesia potente, frequentemente exigindo opioides intravenosos e sedação leve durante a manipulação e troca de curativos.

- Cuidados locais e prevenção de infecção: manipulação estéril, uso de curativos não aderentes (malhas de silicone, prata nanocristalina), evitar uso de fitas adesivas na pele. Culturas de vigilância (pele, sangue, urina) a cada 48h são recomendadas na NET, introduzindo antibioticoterapia sistêmica apenas aos primeiros sinais de sepse clínica, evitando profilaxia

antimicrobiana indiscriminada (GOLAN, 2019).

### Condutas específicas direcionadas

- Farmacodermias graves (SSJ/NET/DRESS): a medida terapêutica isolada mais impactante na sobrevida é a suspensão imediata de todos os medicamentos não essenciais, especialmente aqueles introduzidos nas últimas 8 semanas. Na NET, o uso de terapias adjuvantes (corticosteroides sistêmicos em altas doses, imunoglobulina Intravenosa - IVIG, ciclosporina A ou inibidores de TNF-alfa como etanercepte) permanece objeto de debate na literatura, devendo ser instituído precocemente (primeiras 48-72h) em centros especializados (MODANLO *et al.*, 2025). Avaliação oftalmológica diária é mandatória para prevenir sinéquias conjuntivais e cegueira.

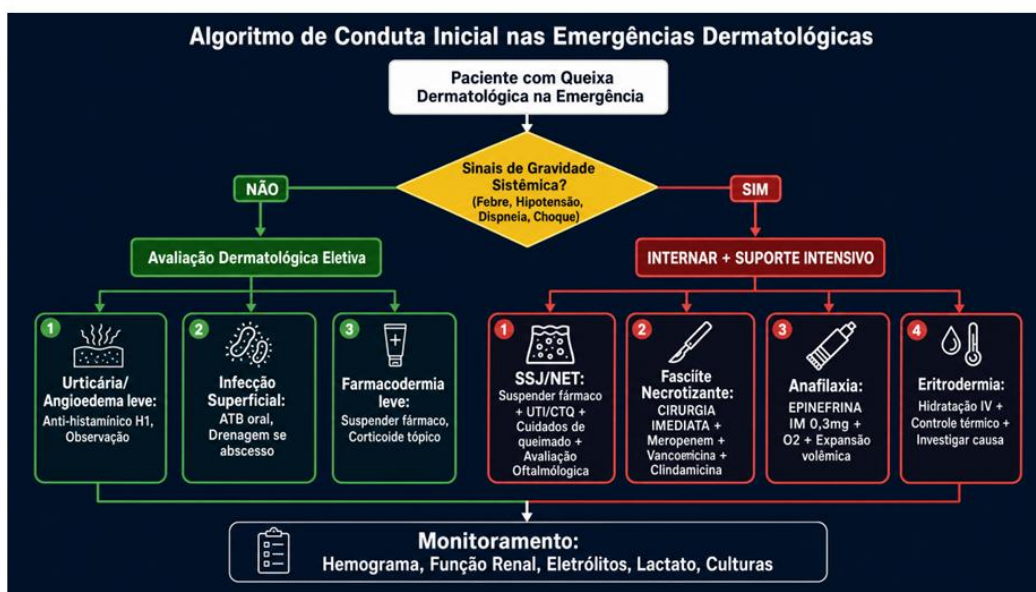
- Fasciíte necrotizante: a base do tratamento é o desbridamento cirúrgico radical e emergencial de todo o tecido necrótico, realizado em centro cirúrgico. Atrasos na cirurgia aumentam exponencialmente a mortalidade. Associa-se

suporte hemodinâmico intensivo e antibiótico-terapia intravenosa empírica de amplo espectro (ex: meropenem + vancomicina + clindamicina) (GOLAN, 2019).

- Anafilaxia: nos casos de urticária/angioedema evoluindo com comprometimento de vias aéreas ou choque, a administração imediata de

epinefrina (adrenalina) intramuscular (0,3 a 0,5 mg na face anterolateral da coxa) é a terapia de primeira linha e salva-vidas, seguida por suporte ventilatório, expansão volêmica, corticosteroides e anti-histamínicos adjuvantes (**Figura 29.4**).

**Figura 29.4** Algoritmo de conduta inicial nas emergências dermatológicas, estratificado por gravidade sistêmica



Fonte: IA Manus.

## CONCLUSÃO

As emergências dermatológicas representam um grupo desafiador de afecções clínicas, que transitam rapidamente desde dermatoses aparentemente benignas até falências sistêmicas potencialmente fatais. O pilar para um desfecho clínico favorável reside no alto grau de suspeição clínica e no reconhecimento precoce dos sinais de gravidade: dor cutânea desproporcional, rápido descolamento epidérmico, acometimento mucoso severo, eritrodermia e instabilidade hemodinâmica.

O diagnóstico na sala de emergência é clínico-evolutivo. O manejo bem-sucedido exige uma abordagem multidisciplinar agressiva, priorizando a estabilização das funções vitais, a proteção rigorosa da barreira cutânea, o controle algíco otimizado, a suspensão imediata de fármacos suspeitos e, quando indicado, a intervenção cirúrgica ou imunossupressora precoce. O domínio desses conceitos fundamentais permite ao médico emergencista não apenas reduzir a morbimortalidade associada a essas condições devastadoras, mas também otimizar a triagem e o referenciamento seguro para centros de alta complexidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMAZAN, T. *et al.* Dermatologic emergencies. In: FONG, Y. *et al.* Surgical emergencies in the cancer patient. Cham: Springer, 2017.
- BANCALARI-DÍAZ, D. *et al.* Dermatologic emergencies in a tertiary hospital: a descriptive study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, v. 107, p. 666, 2016. doi: 10.1016/j.ad.2016.05.001.
- FERREIRA, I.G. *et al.* Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016-2017). *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, p. 428, 2020. doi: 10.1016/j.abd.2020.01.004.
- FREIMAN, A. *et al.* Dermatologic emergencies. *Canadian Medical Association Journal*, v. 173, p. 1317, 2005. doi: 10.1503/cmaj.050783.
- GOLAN, Y. Current treatment options for acute skin and skin-structure infections. *Clinical Infectious Diseases*, v. 68, S206, 2019. doi: 10.1093/cid/ciz004.
- MITRA, D. *et al.* An observational study to describe the clinical pattern of dermatological emergencies from emergency department and intensive care unit: our experience from a tertiary care hospital in Northern India. *Indian Dermatology Online Journal*, v.10, p. 144, 2019. doi: 10.4103/idoj.IDOJ\_318\_18.
- MODANLO, N. *et al.* Biologic therapies for dermatologic emergencies: a comprehensive review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2025. doi: 10.1016/j.jaad.2025.10.055.
- PERUCHI, N.C.V. *et al.* Perfil epidemiológico de lesões dermatológicas em adultos na emergência hospitalar. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, v. 66, p. 216, 2022.