

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XXI

CAPÍTULO 25

LESÕES ELEMENTARES DA PELE E SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA

ELIS FELDSTEIN BOTELHO¹
ISABELA SCHULTZ RAMOS DE ANDRADE¹
VITOR D'ÁVILA REIS OMETTO STOLF¹
MARIA CLARA PAGANELLI¹
TAYSSA ROSA DINIZ¹
MIRIAM GOMES GRISOTTO¹
BÁRBARA GOMES MUFFATO²
LIVIA MATIDA GONTIJO²

1. Faculdade de Medicina – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
2. Hospital PUC-Campinas.

Palavras-chave: *Semiologia Dermatológica; Lesões Cutâneas; Diagnóstico Dermatológico.*

DOI

10.59290/0964220055

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A semiologia dermatológica constitui um dos pilares fundamentais da prática clínica em dermatologia, visto que o diagnóstico das dermatoses depende, em grande parte, da observação e da interpretação morfológica das manifestações cutâneas. Diferentemente de outras especialidades médicas nas quais os exames complementares frequentemente assumem papel central imediato, a dermatologia caracteriza-se por ser uma disciplina essencialmente visual (CARDILI & ROSELINDO, 2016). Dessa forma, a inspeção minuciosa da pele permite o reconhecimento de padrões clínicos que direcionam o raciocínio diagnóstico e orientam a investigação complementar e a conduta terapêutica.

As lesões elementares são definidas como alterações morfológicas fundamentais que surgem no tegumento cutâneo em decorrência de processos fisiopatológicos diversos. Elas constituem a base da linguagem dermatológica e representam o principal instrumento para a descrição objetiva e padronizada do exame físico. Historicamente, a classificação das lesões elementares evoluiu a partir dos modelos essencialista de Willan-Bateman e nominalista da Escola de Viena (Hebra), buscando estabelecer um consenso terminológico internacional. A identificação e a caracterização sistematizada dessas lesões permitem compreender, comunicar e correlacionar as manifestações clínicas das doenças cutâneas (CARDILI; ROSELINO, 2016; SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

A classificação morfológica das lesões elementares foi desenvolvida para organizar e sistematizar as diversas alterações observadas na pele, mucosas e fâneros. Essa classificação engloba modificações de coloração, elevações edematosas, formações sólidas, coleções líquidas, alterações de espessura e perdas teciduais.

Além de facilitar a descrição clínica, a classificação permite correlacionar os aspectos morfológicos com os mecanismos patogênicos subjacentes, incluindo processos inflamatórios, degenerativos ou neoplásicos (**Quadro 25.1**) (SAMPALIO; RIVITTI, 2008; AZULAY *et al.*, 2017).

QUADRO CLÍNICO

A avaliação semiológica das lesões cutâneas baseia-se na análise da morfologia, distribuição, arranjo e evolução temporal (CARDILI; ROSELINO, 2016). As lesões elementares são classicamente divididas em grupos morfológicos primários e secundários, conforme detalhado a seguir (SAMPALIO; RIVITTI, 2008; AZULAY *et al.*, 2017).

Alterações de coloração (máculas ou manchas)

As alterações de coloração (**Figura 25.1**) constituem lesões caracterizadas por modificações da cor da pele sem alteração do relevo, da espessura ou da consistência cutânea. Resultam de variações na quantidade ou distribuição de pigmentos, modificações vasculares ou extravasamento sanguíneo para os tecidos (SAMPALIO; RIVITTI, 2008; BOLOGNIA *et al.*, 2018).

Formações sólidas

As lesões sólidas (**Figura 25.2**) correspondem a elevações cutâneas decorrentes de processos inflamatórios, infiltrativos, hiperplásicos ou neoplásicos que promovem aumento localizado de componentes epidérmicos, dérmicos ou subcutâneos. Diferenciam-se entre si principalmente pelo tamanho, profundidade e estrutura anatômica acometida (AZULAY *et al.*, 2017; KANG *et al.*, 2019).

A pápula é uma lesão elevada, sólida, circunscrita e palpável, geralmente medindo até 1

cm de diâmetro, podendo ser de origem epidérmica, dérmica ou mista. A placa é uma lesão elevada, sólida e palpável, em platô, geralmente maior que 1 cm de diâmetro, surgindo pela expansão progressiva de uma pápula ou pela confluência de múltiplas lesões. O nódulo corresponde a uma lesão sólida, endurecida e palpável, geralmente maior que 1 a 3 cm, localizada predominantemente na derme profunda ou no tecido subcutâneo, podendo ser mais palpável do que visível (AZULAY *et al.*, 2017; SAMPAIO; RIVITTI, 2008; JAMES *et al.*, 2020).

O tubérculo é uma lesão sólida, elevada e endurecida, geralmente superior a 0,5 cm, de-

corrente de infiltração celular na derme e frequentemente associada a processos granulomatosos, com tendência a deixar cicatriz após involução. Alguns autores modernos agrupam essa lesão como pápula ou nódulo que evolui com cicatriz. A verrucosidade é uma lesão sólida de superfície áspera, irregular e hiperqueratótica, decorrente do espessamento da camada córnea. Já a vegetação corresponde à proliferação exofítica de tecido epitelial e conjuntivo, formando lesão elevada de superfície irregular, úmida e frequentemente friável (AZULAY *et al.*, 2017; SAMPAIO; RIVITTI, 2008; JAMES *et al.*, 2020).

Quadro 25.1 Tipos de máculas: definições, características e exemplos

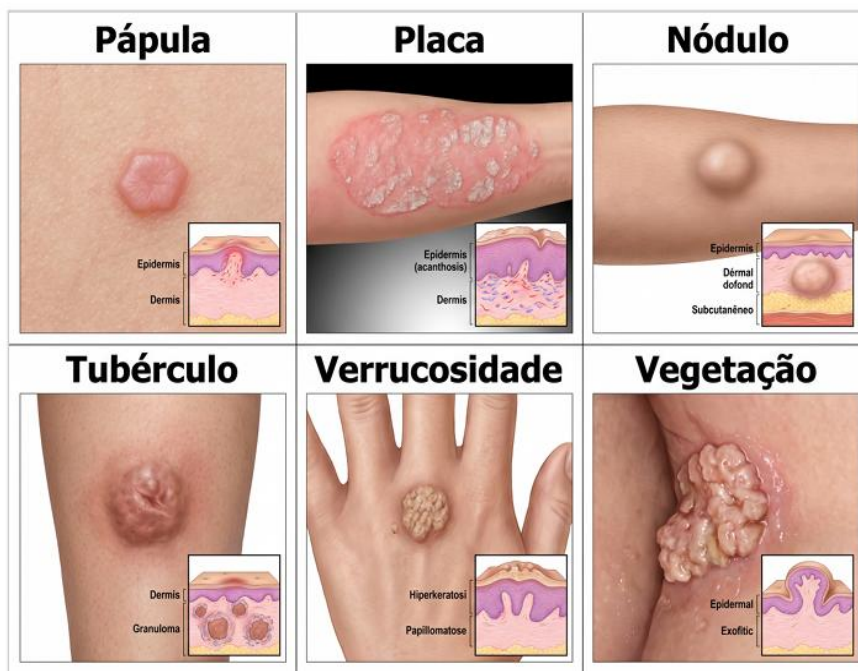
Tipo de mácula	Definição e características clínicas	Exemplos clássicos
Hipercrômica	Aumento da pigmentação cutânea por excesso de melanina ou depósito de pigmentos endógenos ou exógenos.	Melasma, lentigos, hiperpigmentação pós-inflamatória.
Eritematosa	Vermelhidão transitória causada por vasodilatação dérmica; desaparece à vitropressão.	Exantemas virais, urticária, dermatite de contato.
Hipocrômica	Redução parcial da pigmentação da pele por diminuição da melanina.	Pitíriase versicolor, hanseníase tuberculoide, pitíriase alba.
Telangiectasia	Dilatação permanente de vasos sanguíneos superficiais, visíveis como finas linhas avermelhadas.	Rosácea, lúpus eritematoso, dano actínico.
Purpúrica	Extravasamento sanguíneo na derme; não desaparece à vitropressão. Subdivide-se em petéquias, víbices, equimoses e hematomas.	Vasculites, plaquetopenias, trauma.
Acrômica	Ausência completa de pigmentação cutânea (melanina).	Vitiligo, albinismo oculocutâneo.

Figura 25.1 Alterações de coloração (máculas): hipercromia (melasma), hipocromia (pitíriase versicolor), acromia (vitiligo), eritema com vitropressão, púrpura/petéquias e telangiectasias



Fonte: IA Manus.

Figura 25.2 Formações sólidas: pápula, placa, nódulo, tubérculo, verrucosidade e vegetação, com esquemas anatômicos demonstrando a profundidade de cada lesão



Fonte: IA Manus.

Lesões edematosas

As lesões edematosas resultam do acúmulo transitório de líquido no interstício cutâneo, promovendo elevação da pele sem formação de cavidade. O principal exemplo é a urtica, lesão elevada, evanescente (duração inferior a 24 horas), eritematoedematosa e frequentemente pruriginosa, característica da urticária. Quando o edema acomete a derme profunda e o tecido subcutâneo, denomina-se angioedema (AZULAY *et al.*, 2017; SAMPAIO; RIVITTI, 2008; JAMES *et al.*, 2020).

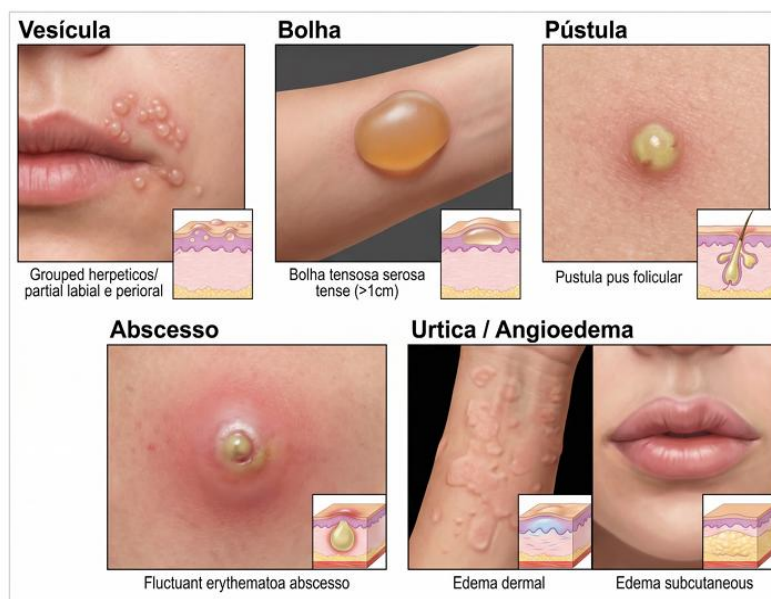
Coleções líquidas

As coleções líquidas (**Figura 25.3**) caracterizam-se pelo acúmulo circunscrito de líquido em cavidades formadas na epiderme ou na transição dermoepidérmica. A vesícula é uma lesão elevada, circunscrita, contendo líquido claro,

seroso ou hemorrágico, com até 1 cm de diâmetro. Pode ocorrer por spongiose, como nos eczemas, ou por balonização, como nas infecções herpéticas. A bolha é semelhante à vesícula, porém com diâmetro superior a 1 cm. Pode ser intraepidérmica, quando resulta da separação entre células epidérmicas, ou subepidérmica, quando se forma abaixo da epiderme (AZULAY *et al.*, 2017).

A pústula é uma lesão circunscrita contendo material purulento, resultante do acúmulo de neutrófilos na epiderme ou nos folículos pilosos, podendo ser infecciosa ou estéril. O abscesso corresponde a uma coleção localizada de pus em planos profundos, geralmente acompanhada de dor, calor local e flutuação à palpação (AZULAY *et al.*, 2017; SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Figura 25.3 Coleções líquidas e lesões edematosas: vesícula (herpes labial), bolha tensa (penfigoide bolhoso), pústula folicular, abscesso e urtica/ angioedema, com esquemas anatómicos de profundidade



Fonte: IA Manus.

Alterações de superfície e perdas teciduais (lesões secundárias)

As lesões secundárias evoluem a partir de lesões primárias ou decorrem de fatores externos, como trauma, infecção e manipulação. A escama corresponde ao acúmulo visível de queratina na superfície cutânea, decorrente de alterações do processo de queratinização. A crosta resulta da dessecação de exsudatos serosos, purulentos ou hemáticos na superfície da pele (AZULAY *et al.*, 2017; JAMES *et al.*, 2020).

A erosão corresponde à perda parcial ou total da epiderme sem acometimento da derme, motivo pelo qual costuma cicatrizar sem seqüela. A escoriação consiste em erosão linear ou puntiforme induzida por trauma mecânico, em especial coçadura. A úlcera corresponde à perda completa da epiderme e de parte ou de toda a derme, podendo atingir planos mais profundos e cicatrizando com fibrose residual. A fissura é uma solução de continuidade linear da pele, geralmente associada a ressecamento ou perda de elasticidade (**Figura 25.4**) (AZULAY *et al.*, 2017; KANG *et al.*, 2019).

Lesões de reparação e seqüela

As lesões de reparação representam o estágio final de processos inflamatórios, traumáticos ou ulcerativos. A atrofia corresponde à diminuição da espessura da pele por redução celular ou da matriz extracelular, tornando-a fina, translúcida e mais vulnerável a traumatismos. A cicatriz representa a reparação de perda tecidual profunda por deposição de colágeno, podendo ser atrófica, hipertrófica ou queloidiana (SAMPALIO; RIVITTI, 2008).

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Exame físico e anamnese

O diagnóstico dermatológico exige uma abordagem metodológica rigorosa. Diferentemente da clínica médica geral, a semiologia dermatológica frequentemente atribui primazia ao exame físico, cuja inspeção e palpação orientam a anamnese dirigida. A identificação da lesão elementar primária, sua distribuição anômica e seu arranjo morfológico constituem os principais guias do raciocínio clínico (SAMPALIO; RIVITTI, 2008).

Figura 25.4 Lesões de superfície e reparação: escama micácea (psoríase), crosta hemato-serosa, erosão superficial, úlcera profunda, fissura plantar e cicatriz/queloide, com esquemas anatômicos de profundidade tecidual



Fonte: IA Manus.

A anamnese deve investigar o tempo de evolução, o padrão de aparecimento, os sintomas associados, os fatores desencadeantes e agravantes, o uso de medicamentos, os antecedentes familiares e as comorbidades sistêmicas. A integração desses dados com a morfologia cutânea aumenta substancialmente a precisão diagnóstica (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Técnicas semiológicas auxiliares

As principais técnicas semiológicas (**Figura 25.5**) auxiliares incluem a diascopia, útil para diferenciar eritema de púrpura; a dermatoscopia, fundamental na avaliação de lesões pigmentadas e tumores cutâneos; o sinal de Nikolsky, empregado em dermatoses bolhosas intraepidérmicas; o sinal de Darier, relacionado à mastocitose; e o exame sob luz de Wood, útil na avaliação de algumas discromias e infecções (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Histopatologia e exames complementares

A biópsia cutânea é o padrão de referência para a confirmação diagnóstica em grande parte das dermatoses inflamatórias crônicas, autoimunes e neoplásicas. O exame histopatológico

permite reconhecer padrões de resposta tecidual, como dermatite espongiforme, psoríase, de interface, granulomatosa e vasculítica. Técnicas complementares, como imunofluorescência direta e indireta, imuno-histoquímica, exame micológico direto, culturas e métodos moleculares, podem ser necessários conforme a hipótese diagnóstica (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

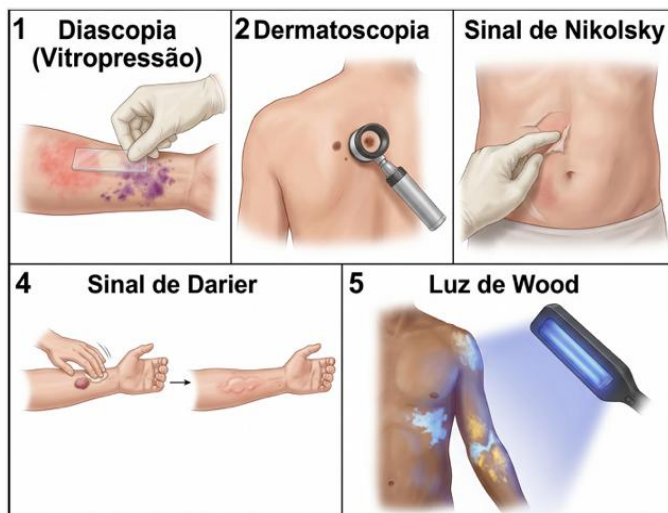
PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO

A terapêutica dermatológica racional depende da precisão diagnóstica baseada na semiologia. O tratamento empírico de lesões cutâneas sem diagnóstico definido pode modificar a morfologia clínica, atrasar o diagnóstico correto, mascarar doenças infecciosas e neoplásicas e favorecer resistência microbiana ou eventos adversos evitáveis (AZULAY *et al.*, 2017). O manejo adequado engloba três eixos principais: tratamento etiológico, tratamento sintomático e prevenção de sequelas. Os recursos terapêuticos incluem formulações tópicas, terapias sistêmicas e procedimentos dermatológicos. A escolha da conduta deve considerar o

mecanismo fisiopatológico, a extensão da doença, a localização anatômica, as características

do paciente e os potenciais riscos terapêuticos (AZULAY *et al.*, 2017).

Figura 25.5 Técnicas semiológicas auxiliares: diascopia (vitropressão) diferenciando eritema de púrpura, dermatoscopia de lesão pigmentada, sinal de Nikolsky, sinal de Darier e exame com luz de Wood



Fonte: IA Manus.

CONCLUSÃO

As lesões elementares constituem a sintaxe da linguagem dermatológica. O domínio da semiologia morfológica permite ao médico converter a inspeção visual em hipóteses fisiopato-

lógicas consistentes. A padronização terminológica, embasada na literatura científica e nos textos clássicos da especialidade, assegura comunicação precisa entre profissionais e favorece a formulação de diagnósticos acurados, etapa indispensável para o tratamento adequado das dermatoses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZULAY, R.D. *et al.* Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BOLOGNIA, J.L. *et al.* Dermatology. 4. ed. China: Elsevier, 2018.

CARDILI, R.N.; ROSELINO, A.M. Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 91, p. 629, 2016. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164931.

JAMES, W.D. *et al.* Andrews' Diseases of the skin: clinical dermatology. 13. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

KANG, S. *et al.*, eds. Fitzpatrick's dermatology. 9. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2019.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.