

Propedêutica Dermatológica

Fundamentos do Exame Dermatológico

O exame dermatológico baseia-se na observação cuidadosa e palpação. É essencial que haja uma iluminação adequada e avaliação direta do paciente, embora seja possível reconhecer algumas lesões à distância, é necessário examiná-las minuciosamente para uma identificação precisa. Entre os métodos propedêuticos utilizados, destacam-se a **dermatoscopia**, similar ao uso do oftalmoscópio na oftalmologia, o exame micológico e a lâmpada de Wood. Esses métodos são ferramentas fundamentais para auxiliar na observação detalhada das características das lesões.

Descrição e Classificação das Lesões Dermatológicas

É de suma importância a descrição e a classificações de lesões dermatológicas. As lesões primárias, ou elementares, são alterações que afetam o relevo, a cor ou a espessura da pele, bem como as que apresentam perda de substância.

Lesões de Alteração de Cor

Dentre as alterações, destaca-se, inicialmente, as lesões com alteração de cor. Estas não possuem relevo ou espessura alterada, se apresentam apenas com mudança de tonalidade. Lesões desse tipo são chamadas de **máculas** ou **manchas**, e podem ter origem **vascular** ou **pigmentar**.

Lesões Vásculo-sanguíneas

Nas lesões de origem vascular destacam-se as manchas definidas como **eritematosas**, **ruborizadas** ou **cianóticas**. Exemplo é a cianose, caracterizada pela coloração azulada da pele devido a fatores circulatórios.

Além disso, outros conceitos de lesões são os **enantema**, que representa uma mácula eritematosa localizado na mucosa e pode ser observado em áreas como boca e genitais. Já o **exantema**, popularmente conhecido como “grosseirão”, que se distingue por sua manifestação súbita, frequentemente relacionada a infecções virais ou reações medicamentosas. Essas lesões, quando associadas a alterações vasculares ou de pigmentação, podem indicar condições específicas que serão exploradas em detalhes ao longo do semestre.

Lesões Pigmentares

Na classificação das lesões pigmentares há as **leucodermias** (diminuição ou ausência de pigmentação) e as **hipercromias** (aumento de pigmentação). Dentro das leucodermias, há lesões hipocrômicas as quais apresentam redução da pigmentação,

como nas máculas características da pitiríase versicolor, a qual é um tipo de micose. Por outro lado, na ausência total de pigmento, as lesões são classificadas como acromias.

A hipercromia também pode ocorrer. Dentre elas, há as melanodermias a qual é resultado de aumento de melanina, resultando em manchas solares conhecidas como **lentigos solares**, ou manchas solares, os quais comumente acometem o dorso das mãos. Este é o tipo de alterações de cor mais prevalente, uma vez que a melanina é o pigmento mais prevalente na pele. Além disso, há a condições de **carotenemia** e **icterícia**, nas quais a coloração amarelada resulta do acúmulo de substâncias específicas, como carotenoides ou bilirrubina.

Lesões de Relevo

É importante destacar, que é possível que lesões dermatológicas podem ter uma associação de alterações de cor combinadas com alterações de relevo. Em lesões que apresentam relevo, estas podem ser definidas como sólidas, edematosas e coleções líquidas.

Formações Sólidas

As lesões cutâneas podem apresentar variadas formas, cada uma com características específicas que facilitam o diagnóstico diferencial. A diferenciação entre essas lesões é essencial para um diagnóstico preciso, visto que diferentes características de relevo e consistência influenciam diretamente nas hipóteses diagnósticas.

As **pápulas** são formações sólidas menores que um centímetro. Essas lesões possuem contornos bem definidos e podem se desenvolver a partir de estruturas na epiderme e/ou na derme. Um achado clássico de carcinoma basocelular, uma neoplasia cutânea de alta prevalência, são elementos como pápulas na pele, pequenas elevações com a cor da pele e uma superfície vascularizada, podendo exibir ulceração central.

Há as lesões sólidas denominadas **placas**, que se apresentam elevadas e com dimensão geralmente superior a dois centímetros, possuem um platô e podem atingir grandes dimensões. Em alguns casos, lesões menores, entre um e dois centímetros, ou seja, diversas pápulas, podem se confluir formando uma placa. Ou, lesões com múltiplas placas podem ser vistas pápulas iniciais. O predomínio da lesão ajudar a definir o diagnóstico diferencial. A predominância de uma lesão específica em uma determinada região também pode orientar o diagnóstico.

Por exemplo, a presença de placas eritematosas e descamativas com bordas bem delimitadas, especialmente em regiões extensoras como os cotovelos, é típica da psoríase.

Os **nódulos**, diferentes das pápulas, são lesões mais profundas e circunscritas, frequentemente originando-se em camadas subjacentes à epiderme. Embora a superfície epitelial possa parecer intacta, a origem subcutânea é evidente na palpação. Uma variação do nódulo é o **cisto**, que é facilmente identificável por sua consistência particular, semelhante à sensação ao toque do globo ocular. Essa lesão encapsulada, revestida por epitélio, é palpável sob a pele. Lesões císticas infiltradas, aderidas a planos profundos, e maiores que três centímetros são classificadas como **tumores**.

Formações Edematosas

As lesões edematosas, são lesões que causam inchaço. As principais são as lesões **urticas** ou **ponfos**, frequentemente associadas à urticária ou à picada de insetos. Caracterizam-se pelo edema e pela elevação da pele, distanciando-se das pápulas mais planas. Pode apresentar diversos tamanhos e em geral são decorrente de extravasamento de plasma. Uma variante é o **angioedema**, uma urticária profunda com edema nas camadas dérmicas profundas e hipodérmicas, especialmente evidente em áreas de tecido frouxo, como a região perioral, periocular e genital. O angioedema, portanto, representa uma exacerbação da urticária, com extravasamento de sangue mais profundo.

Coleções Líquidas

A presença de líquido de aspecto claro em pequenas coleções cutâneas é definida como **vesícula** quando o diâmetro é inferior a um centímetro. Essas vesículas frequentemente aparecem agrupadas em "cacho de uvas", padrão típico das infecções por herpes. Em contraste, quando este conteúdo líquido ocupa uma área maior do que um centímetro, a lesão é chamada de **bolha**, comum em queimaduras e doenças autoimunes como pênfigo e pênfigoide. No entanto, se houver pus no conteúdo líquido e este inferior do que um centímetro, as lesões são classificadas como **pústulas**. Em geral, podem estar associadas a lesões infecciosas secundárias, como as piodermites. Como ocorrer a formação de pústulas em casos de foliculite, aparecem ao redor dos folículos pilosos. Já um **abscesso**, apresenta acúmulo purulento maior e mais localizado, é facilmente identificado por sinais inflamatórios como calor, dor e flutuação. Por último, há o **hematoma**, o qual é decorrente do derramamento de sangue. Principal aspecto é a

coloração violácea, com progressão da coloração em roxo, esverdeado e amarelo decorrente da degradação hemossiderina.

Lesões de Alteração na Espessura da Pele

Algumas lesões cutâneas promovem espessamento ou redução da espessura da pele. A **ceratose** ou **hiperceratose**, é o aumento da camada córnea, é exemplificada pela infecção por HPV, que leva à formação de verrugas. Outra alteração importante é a **liquenificação**, caracterizada pelo espessamento da pele e aumento das linhas cutâneas transversais, formando uma superfície de aspecto "courácea". Histologicamente associada ao aumento da espessura da camada espinhosa da pele. Esta alteração está associada a prurido e indica uma condição crônica. Portanto, ao identificar liquenificação, o clínico já pode inferir que o quadro é de longa duração.

O **edema** é depressível, em geral é extravasamento de plasma, acomete todo o corpo, mas de modo geral, acomete principalmente membros inferiores. **Lesões infiltradas** são frequentemente de natureza inflamatória, manifestando-se com elevações firmes ao toque. Essas lesões se estendem às camadas profundas e, por isso, apresentam consistência diferenciada. No contexto de patologias dermatológicas, a infiltração inflamatória é caracterizada pelo aumento da espessura da pele, que se apresenta firme e resistente ao toque, distinguindo-se do edema, pois não é depressível. Esse processo ocorre devido ao acúmulo de células inflamatórias, resultando em uma pele endurecida. Podem ocorrer, por exemplo, em casos hanseníase lúpus e linfomas.

Já a **esclerose** representa uma alteração na textura e maleabilidade da pele, com perda da capacidade de ser beliscada. Esta rigidez se origina do espessamento da derme, exemplificada pela presença de placas escleróticas lineares em regiões específicas. Uma

lesão clássica como exemplo é a esclerodermia, uma doença autoimune. Apresenta um padrão típico de esclerose em certas áreas da pele. A esclerodermia localizada, também chamada de "esclerodermia em golpe de sabre", é caracterizada pela aparência de uma cicatriz linear, como se fosse um corte profundo. A doença provoca endurecimento e espessamento da pele e, em casos de esclerodermia localizada, a aparência pode lembrar uma lesão traumática, intensificando a rigidez cutânea.

Por último, a **atrofia**, resultado da degradação do tecido dérmico subjacente. A aparência dessas lesões são áreas mais claras, deprimidas. Em pacientes com lúpus discóide, é comum observar áreas atróficas no centro de lesões eritematosas extensas, especialmente em áreas como a região frontal. Nessas lesões, podem-se identificar bordos eritematosos e a presença de ceratose central.

Perda de Substância na Pele

A atrofia, caracterizada pela redução da espessura da pele, implica em perda substancial da estrutura dérmica e epiderme, com aparência mais delgada e fina. Em alguns casos, a pele perde o suporte estrutural da camada dérmica, adquirindo uma textura mais frágil e menos elástica. Esse fenômeno é contrastado com outras alterações como a descamação, onde ocorre perda das camadas superficiais do epitélio, visível em patologias que aceleram a renovação celular.

Normalmente, a pele passa por um processo contínuo de renovação celular, também chamado de turnover celular. Este processo ocorre de maneira microscópica, no entanto, quando as **escamas** são visualmente notadas, pode-se inferir há uma perda da camada córnea acentuada da pele, devido ao aumento do turnover habitual da pele. Em condições patológicas como a psoríase, a descamação se torna visível e abundante.

Pacientes com psoríase, por exemplo, apresentam camadas córneas que se soltam facilmente, resultando em escamas que se destacam da pele em grande quantidade. Esse fenômeno está associado ao aumento da taxa de renovação celular, que supera a capacidade normal de descamação, acumulando camadas córneas que se destacam espontaneamente.

Após o rompimento de uma bolha, observa-se uma **erosão** superficial, onde apenas as camadas mais externas da pele foram perdidas, enquanto as camadas mais profundas permanecem preservadas. Este processo contrasta com a ulceração, que representa uma lesão mais profunda, envolvendo a perda de substância até a derme e, em alguns casos, chegando à hipoderme. A erosão é uma lesão superficial e geralmente se cura sem cicatrizes, enquanto a ulceração pode deixar sequelas.

Escoriações, que aparecem como lesões lineares, são comuns em casos de prurido intenso. Estas lesões ocorrem frequentemente devido a traumas provocados pelo ato de coçar, ou como resultado de ferimentos superficiais. A escoriação é uma forma de erosão causada por abrasão, visível em áreas que o paciente esfregou ou arranhou repetidamente. **Ulceração** são lesões profundas, que atingem a derme ou até a hipoderme. Tem-se uma perda de uma camada grande de epitélio de revestimento.

Fissuras são rupturas lineares da pele que ocorrem em áreas submetidas a estresse ou sobrecarga mecânica. Em condições onde a pele se torna espessa e perde elasticidade, como na hiperqueratose palmoplantar, as fissuras ocorrem mais facilmente. A espessura aumentada impede a pele de acompanhar os movimentos, levando a pequenas rachaduras que podem ser dolorosas, pois expõem a derme às forças de tração.

Processo de Reparação Cutânea

A formação de **crostas** é um mecanismo essencial no reparo cutâneo após um trauma. Um exemplo comum é o de uma lesão abrasiva no joelho, que desenvolve uma crosta enquanto ocorre a regeneração do epitélio subjacente. Quando essa crosta se desprende, revela-se uma nova camada de pele no local. Em alguns casos, a crosta apresenta coloração escura e aspecto sanguinolento, conhecida como crosta hemática. Essa característica é indicativa de um processo de cicatrização, mas pode adquirir características distintas caso haja uma infecção secundária, resultando em uma crosta de coloração amarelada e aspecto pegajoso, denominada crosta melissérica, comum em infecções como o impetigo.

A crosta melissérica, visualmente semelhante ao mel, é um marcador clássico de infecção secundária, contrastando com a crosta hemática, que é mais superficial e permite a reparação subjacente do epitélio. A presença de **escaras** também representa um processo de necrose tecidual, com aspecto escurecido e delimitado. Em ambas as situações, a remoção do tecido necrosado ou da crosta é crucial para facilitar o processo de reepitelização e a recuperação tecidual.

A evolução do processo reparatório pode culminar na formação de **cicatrizes**, frequentemente elevadas e visíveis, como as cicatrizes hipertróficas. Estas se caracterizam por uma lesão elevada, com uma estrutura linear e presença de pápulas ao longo da cicatriz. Diferente do quelóide, a cicatriz hipertrófica não ultrapassa os limites da lesão original, enquanto o quelóide representa um crescimento tumoral além da área inicial do trauma, evidenciando uma hiperatividade reparatória que resulta em uma expansão irregular do tecido cicatricial. Outro tipo de cicatriz é a cicatriz atrófica, que possui um aspecto mais fino e afundado, sinalizando uma perda de substância dérmica.

Morfotopografia das Lesões de Pele

A **morfotopografia das lesões cutâneas** — combinação da morfologia e localização das lesões — é uma ferramenta diagnóstica essencial, especialmente para condições com características típicas. A psoríase, por exemplo, exibe lesões em placas eritematosas nas superfícies extensoras, enquanto a dermatite atópica apresenta placas eritematosas em áreas de dobras. A descrição adequada da localização e do aspecto morfológico frequentemente permite o diagnóstico preciso das doenças cutâneas mais prevalentes.

Por exemplo, em situações onde o paciente apresenta tanto placas quanto pápulas, é necessário avaliar qual tipo de lesão é predominante para orientar o diagnóstico diferencial. Caso a maioria das lesões sejam placas, as pápulas podem representar um estágio inicial da condição. Porém, se as pápulas estiverem em maior quantidade, isso indica que a doença é primordialmente pápular, direcionando o foco diagnóstico para lesões desse tipo.

Agrupamento e Aspecto das Lesões Dermatológicas

Lesões dermatológicas podem se apresentar em diversos formatos. Por exemplo, as vesículas agrupadas em "cacho de uva", características do herpes, auxiliam no diagnóstico. Outras formas incluem lesões numulares, que se assemelham a uma nuvem e são comuns em eczemas. Lesões lineares, como na larva migrans, ou as lesões serpiginosas e arciformes, também possuem padrões que facilitam o reconhecimento clínico.

Características Descritivas das Lesões Dermatológicas

Uma descrição clínica precisa das lesões dermatológicas inclui a forma fundamental da lesão (por exemplo, pápulas ou placas), a coloração (eritematosa), a definição dos bordos (mal delimitados, no caso da dermatite seborreica), e a localização. Essas características, junto com o tamanho das lesões, são fundamentais para o diagnóstico diferencial das condições dermatológicas, especialmente em doenças que apresentam lesões únicas ou extensas.

Exames Complementares em Dermatologia

Exames complementares na dermatologia podem ser úteis, mas frequentemente diferem dos exames de outras especialidades, sendo indicados em casos onde o diagnóstico visual não é suficiente para confirmar a condição.

A Importância da Biópsia de Pele no Diagnóstico Dermatológico

A **biópsia de pele** representa um exame complementar de grande valor na dermatologia, sendo amplamente utilizada pela sua praticidade e eficácia no diagnóstico diferencial de várias doenças de pele. Esse procedimento é comum em ambulatórios dermatológicos, com uma técnica relativamente simples, na qual se extrai um fragmento de pele de cerca de 2 a 3 milímetros, a biópsia permite que o dermatologista obtenha informações detalhadas sobre a patologia da lesão, auxiliando significativamente no esclarecimento diagnóstico.

Exame Direto e Diagnóstico de Escabiose

O **exame direto** é um método diagnóstico utilizado principalmente em casos de suspeita de escabiose, também conhecida como sarna. Caracterizada por múltiplas pápulas escoriadas, essas lesões frequentemente surgem nas mãos, abdômen e áreas como a face interna das axilas. Esse tipo de lesão gera prurido intenso, especialmente à noite, e, ao ser escarificada, possibilita a visualização microscópica do *Sarcoptes scabiei*, o agente etiológico da escabiose. As pápulas na escabiose apresentam um aspecto de túnel, indicando a movimentação do parasita sob a pele, um sinal característico que facilita o diagnóstico clínico.

Pediculose e Identificação de Lêndias no Exame Direto

Na pediculose, outra condição que causa prurido significativo, o exame direto permite a identificação de lêndias (ovos de piolho) aderidas à base dos fios de cabelo. A pediculose capitis provoca um prurido intenso e, ao exame clínico, é possível observar tanto as lêndias quanto os próprios piolhos, especialmente em áreas próximas ao couro cabeludo. Esse método direto de visualização auxilia no diagnóstico diferencial, permitindo que o tratamento seja iniciado prontamente.

Curetagem como Método Diagnóstico e Terapêutico

A **curetagem** é uma técnica diagnóstica e terapêutica que utiliza uma cureta – um instrumento em forma de colher com lâmina afiada. Esse procedimento é aplicado para remover a camada superficial de uma lesão, sendo especialmente útil no diagnóstico de

psoríase. Na psoríase, observa-se um fenômeno conhecido como "orvalho sangrante", onde o raspado da lesão revela pequenos pontos de sangramento. Além do diagnóstico, a curetagem também é usada para tratamento, como no caso do molusco contagioso, uma infecção viral por poxvírus. Esse método terapêutico elimina as lesões por meio da curetagem das pápulas umbilicadas, típicas da condição.

Psoríase e o Fenômeno de Koebner

A psoríase é uma dermatose crônica caracterizada pela formação de placas eritematosas bem delimitadas, geralmente localizadas em áreas de trauma, como cotovelos e joelhos. Esse fenômeno é descrito como o fenômeno de Koebner, no qual o trauma físico induz o aparecimento das lesões psoriáticas. A descrição das placas inclui sua característica eritematosa e descamativa, frequentemente evidentes ao exame clínico. A psoríase apresenta grande prevalência, afetando aproximadamente 1% da população.

Diagnóstico de Micoses: Exame Micológico e Cultura

No diagnóstico de micoses, o exame micológico direto e a cultura para fungos são ferramentas essenciais. O exame direto envolve o raspado da unha ou de escamas cutâneas, colocando-se o material em hidróxido de potássio para observação microscópica. A cultura para fungos, embora precise de cerca de quatro semanas para fornecer resultados, é valiosa para o diagnóstico preciso de fungos específicos, como o agente causador da onicomicose. Esse processo é preferido quando o diagnóstico clínico não é suficiente e uma identificação mais detalhada do agente infeccioso é necessária.

Utilização da Lâmpada de Wood para Diagnóstico Dermatológico

A **lâmpada de Wood** é uma ferramenta diagnóstica baseada na emissão de luz negra, utilizada para identificar e destacar lesões de pele, especialmente em condições como o vitiligo, em que as áreas acrômicas refletem a luz de maneira característica. Ao escurecer o ambiente e iluminar a pele com a lâmpada de Wood, lesões que podem ser difíceis de visualizar a olho nu tornam-se mais evidentes, facilitando a identificação e o diagnóstico diferencial de várias dermatopatias.

A lâmpada de Wood é uma ferramenta diagnóstica utilizada na dermatologia para detectar lesões cutâneas específicas e infecções fúngicas. Ao iluminar a pele com a lâmpada de Wood, é possível observar diferentes colorações que auxiliam no diagnóstico diferencial. Um exemplo é a presença de uma coloração amarelo-palha, que indica uma infecção fúngica.

Dermatofitose e Padrões Lesionais Circinados

As lesões de origem fúngica, como as causadas por dermatófitos, possuem características morfológicas específicas que auxiliam no diagnóstico visual. O aspecto em arco ou "picadeiro de circo" é típico dessas lesões, que são denominadas circinadas e exibem uma inflamação mais acentuada na periferia do que no centro. Esse padrão ocorre devido à afinidade do dermatófito pela camada córnea da pele, onde o fungo se alimenta e progride. No diagnóstico micológico direto, é recomendável coletar amostras das bordas mais infiltradas, pois são áreas com maior probabilidade de presença de fungos.

Técnica e Estrutura Histológica da Biópsia de Pele

Na realização de uma biópsia de pele, utiliza-se um punch, que permite obter uma amostra das três camadas da pele: epiderme, derme e hipoderme. É fundamental que a amostra incluída na biópsia contenha essas camadas para uma análise completa. A epiderme é composta pela camada basal, espinhosa e córnea, e é na camada basal onde se encontram os melanócitos. Essas células dendríticas produzem melanina, que é transferida para os queratinócitos, proporcionando pigmentação cutânea. A compreensão dessa estrutura é importante para avaliar inflamações e o efeito de lesões na pigmentação.