

Dermatoscopia na Idade Pediátrica – Parte I: Tumores Cutâneos

Rita Pimenta¹, Sónia Fernandes¹, Paulo Filipe^{1,2,3}, André Laureano Oliveira^{1,2}

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, Hospital de Santa Maria, Serviço de Dermatologia. Lisboa, Portugal

²Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa. Lisboa, Portugal

³Instituto de Medicina Molecular. Lisboa, Portugal

RESUMO – As lesões melanocíticas e outros tumores cutâneos constituem um dos principais motivos de consulta de dermatologia pediátrica. Apesar de serem frequentemente benignos, alguns podem simular o melanoma, sendo um motivo de ansiedade para os pais e clínicos. A dermatoscopia é uma técnica não-invasiva e indolor, que auxilia o diagnóstico de tumores cutâneos, poupando os doentes a biópsias desnecessárias. Na parte I deste artigo, destacamos a importância da dermatoscopia para diagnóstico de patologia cutânea tumoral na idade pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE – Criança; Dermoscopia; Neoplasias da Pele.

Dermoscopy in Pediatric Dermatology – Part I: Skin Tumors

ABSTRACT – Melanocytic lesions and other skin tumors represent one of the most frequent reasons for pediatric dermatology consultation. Although often benign, some of them may simulate melanoma, which can be a source of anxiety for parents and clinicians. Dermoscopy is a non-invasive and painless technique that increases the diagnostic accuracy for skin tumours, while avoiding unnecessary skin biopsies. In part I of this article, we highlight the importance of dermoscopy for the diagnosis of skin tumors in pediatric patients.

KEYWORDS – Child; Dermoscopy; Skin Neoplasms.

INTRODUÇÃO

As lesões melanocíticas e outros tumores cutâneos representam um dos principais motivos de consulta de dermatologia pediátrica, sendo a grande maioria benignos.¹ No entanto, alguns podem simular o melanoma pelo que a dermatoscopia tem um papel fundamental no diagnóstico diferencial destas lesões.² Sendo uma técnica não-invasiva e indolor, a dermatoscopia é particularmente útil nas crianças, poupando os doentes a biópsias e terapêuticas desnecessárias.³ Além disso, pode ser um bom momento para fotoeducação e incentivo para medidas de prevenção primária para pais e crianças.

Destacamos a importância da dermatoscopia na idade pediátrica para o diagnóstico de tumores cutâneos, nomeadamente lesões melanocíticas e não melanocíticas. Dentro

das primeiras, abordaremos nevos melanocíticos congénitos e adquiridos, lesões spitzoides e melanoma maligno. Relativamente às segundas destacaremos lesões benignas como tumores vasculares, xantogranuloma juvenil, e malignas em contexto de genodermatoses. Sugerimos ainda indicações para dermatoscopia digital.

1. TUMORES CUTÂNEOS MELANOCÍTICOS

1.1. Nevos melanocíticos congénitos

Os nevos melanocíticos congénitos (NMC) correspondem aos nevos que estão presentes desde o nascimento ou que se manifestam durante os primeiros dois anos de vida. De acordo com a projeção do seu tamanho na idade adulta, os NMC são classicamente subdivididos em pequenos (< 1,5 cm), médios (1,5-20 cm) e gigantes (>20

Correspondência: Rita Pimenta
Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa
Hospital de Santa Maria
Avenida Professor Egas Moniz
1649-028 Lisboa, Portugal
E-mail: ritapimenta@campus.ul.pt
DOI: <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.77.4.1126>

Recebido/Received 2019/10/09	Aceite/Accepted 2019/11/15	Publicado/Published 2019/12/31
--	--------------------------------------	--

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPDV 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and SPDV Journal 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Educação Médica Contínua

cm). A sua prevalência varia entre 0,2% e 6%, no entanto os NMC gigantes são raros, sendo a sua incidência cerca de 1 por 20 000 recém-nascidos.⁴

Na dermatoscopia, os NMC geralmente apresentam um padrão globular (Fig. 1a,b) ou empedrado (glóbulos grandes e angulados).⁵ Adicionalmente, podem ter padrão reticular, globular-reticular (Fig. 1c,d) ou homogêneo, sendo estes mais frequentemente observados nos NMC médios.² Os NMC gigantes são frequentemente heterogêneos, exibindo múltiplas “ilhas” de cor e topografia irregular, embora cada “ilha” individualmente tenha um padrão dermatoscópico homogêneo.³ Nos nevos das extremidades distais pode observar-se também um padrão reticular ou combinado.¹ Outros achados dermatoscópicos dos NMC incluem os pseudo-quistos de milia, hipertricose, hiper ou hipopigmentação perifolicular, pontos, glóbulos ou vasos dentro da rede pigmentar (*target networks*), pontos com halo hiperpigmentado (*target globules*), glóbulos com halo hipopigmentado (*haloed globules*), e vasos em vírgula.⁶

A dermatoscopia dos NMC é significativamente estável durante a infância, podendo alguns nevos de padrão globular evoluir para padrão reticular ou globular-reticular após a puberdade. No entanto, também é comum observar-se pequenas alterações locais, como o aumento de áreas reticulares circunscritas e glóbulos irregularmente distribuídos e de tamanho aumentado.⁷

Os NMC são um fator de risco conhecido para o

melanoma, estando a incidência associada à idade do doente e tamanho do nevo. A incidência em crianças menores de 10 anos é de 0,7 por milhão, enquanto aumenta para 13,2 por milhão em adolescentes de 15 a 19 anos.¹ O risco de transformação maligna é também maior e mais precoce nos NMC gigantes (cerca de 10% a 15%), enquanto nos NMC pequenos e médios a incidência de melanoma é baixa (cerca de 1%) e tende a ocorrer após a puberdade.^{4,8} Desta forma, a abordagem dos NMC depende da idade do doente e tamanho do nevo. Nos NMC gigantes, a excisão cirúrgica pode ser realizada para prevenir o desenvolvimento de melanoma.^{2,9} No entanto, alguns autores têm colocado em causa esta recomendação, dada a baixa incidência de melanoma. Pelo que em alternativa poder-se-á realizar o seguimento clínico e dermatoscópico anual, ou de forma mais frequente durante os primeiros 5 a 10 anos de vida, quando o potencial maligno é maior.² Contudo, os melanomas que surgem a partir destes nevos tendem a desenvolver-se abaixo da junção dermo-epidérmica, dificultando o reconhecimento precoce na dermatoscopia.³ Pelo contrário, nos NMC pequenos e médios, o melanoma geralmente surge mais superficialmente (junção dermo-epidérmica), sendo facilmente detetado com a dermatoscopia.² Os NMC pequenos com padrão uniforme não requerem nenhum cuidado particular, enquanto se deve realizar um seguimento clínico e dermatoscópico anual nos NMC médios, principalmente após a puberdade.

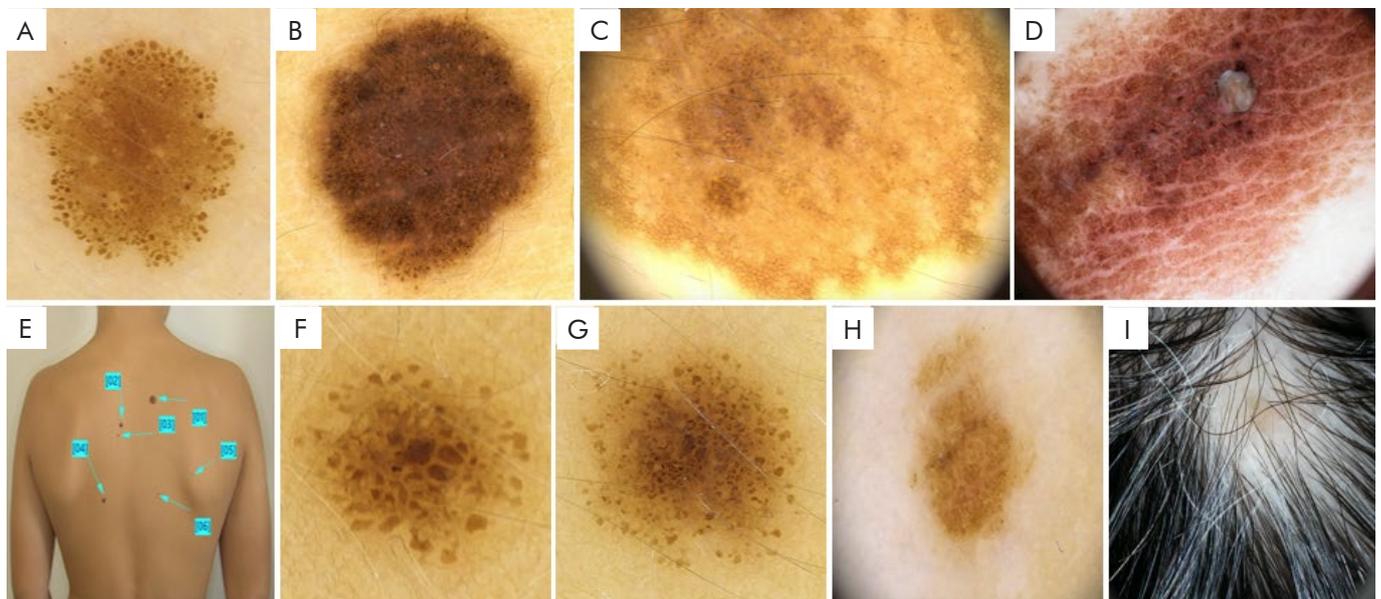


Figura 1 - Dermatoscopia de nevos melanocíticos. (A) Nevo congénito pequeno com padrão globular periférico no dorso de criança de 9 anos. (B) Nevo congénito pequeno com glóbulos e pontos uniformemente distribuídos no abdómen de criança com 9 anos. (C), (D) Nevos congénitos médios com padrão combinado (glóbulos centrais e rede periférica) no tronco de jovens de 11 e 16 anos, respetivamente. (E) Nevo adquirido com crescimento ativo em criança de 11 anos (nevo n.º3): na *baseline* (F) é evidente o padrão globular periférico e após 1 ano (G), observa-se aumento simétrico, sem alterações estruturais. (H) Criança de 8 anos com halo nevo com padrão globular central e área homogênea esbranquiçada periférica. (I) Poliose associada a pápula castanha residual com área homogênea branca circundante em adolescente de 16 anos.

1.2. Nevos melanocíticos adquiridos

Os nevos melanocíticos adquiridos (NMA) caracterizam-se por máculas ou pápulas pigmentadas, geralmente com menos de 1 cm. Surgem a partir da infância e adolescência, atingindo um pico pela terceira década.³ A idade pediátrica é então um período dinâmico em relação à nevocênese, com o aparecimento, crescimento e eventual senescência de nevos. Num estudo realizado por Bauer *et al*, verificou-se uma mediana de três nevos aos 2 anos de idade e de 19 nevos aos 7 anos.¹ Uma maior exposição solar e os fototipos baixos contribuem para um maior número de nevos.¹⁰

O padrão dermatoscópico dos NMA varia consoante o grupo etário, topografia e fototipo. Nas crianças, o padrão prevalente é o globular (Fig. 1e-g), composto por glóbulos castanhos ou cinzentos de tamanho homogéneo e regularmente distribuídos.^{1,11} O padrão globular periférico também é mais comum nas faixas etárias mais jovens, verificando-se uma frequência relativa no tronco de 9% na primeira década e inferior a 1% após a quarta década de vida.¹⁰ Esta morfologia está associada ao crescimento e, ao contrário do melanoma, observa-se uma progressão simétrica, sem alterações estruturais, e à medida que os glóbulos diminuem e desaparecem, torna-se visível uma rede pigmentar. A modificação do padrão globular dos NMA na infância para um padrão reticular, predominante na idade adulta, ocorre com maior frequência que nos NMC.⁷

Os nevos com padrão globular têm uma distribuição céfalo-caudal, sendo mais frequentes na cabeça e parte superior do corpo, onde tendem a ser maiores em diâmetro, enquanto nas extremidades distais, o padrão predominante torna-se cada vez mais reticular e os nevos tendem a ser menores.^{10,11} Observa-se ainda que as crianças com fototipo baixo têm mais frequentemente nevos com padrão globular e homogéneo, enquanto o padrão reticular é mais comum em fototipos altos.¹² As crianças com elevado número de nevos geralmente têm um padrão individual predominante.^{1,13}

A abordagem dos NMA na idade pediátrica depende das características clínicas e dermatoscópicas e da presença de eventuais fatores de risco para melanoma. Apesar de um elevado número de nevos estar associado a um risco acrescido, a taxa de transformação anual de uma lesão única em melanoma é extremamente baixa ($\leq 0,0005\%$ em indivíduos com menos de 40 anos) e aumenta com a idade.¹⁴ Na generalidade das crianças, o exame dermatoscópico não revela atipias, não sendo necessária nenhuma intervenção. As lesões que não obedecem aos padrões anteriormente descritos devem ser consideradas atípicas e vigiadas ou excisadas.

1.3. Halo nevos

Os halo nevos (HN) ou nevos de Sutton são nevos congénitos ou adquiridos rodeados por halo de despigmentação e que caracteristicamente sofrem involução com

subsequente regressão do nevo central.^{3,15} São comuns em crianças e jovens adultos, tipicamente localizados no tronco e por vezes múltiplos.

Na dermatoscopia, o nevo central exibe frequentemente um padrão globular e/ou homogéneo, rodeado por uma área homogénea esbranquiçada semelhante a cicatriz^{1,3} (Fig. 1h). Em nevos que regrediram completamente pode-se observar áreas homogéneas castanho-claro (Fig. 1i) ou avermelhadas com vasos punctiformes.³

O HN deve ser distinguido do melanoma com um halo de despigmentação. Este último é caracterizado pela presença de uma área branca assimétrica, excêntrica e mal definida, e por estruturas melanocíticas centrais atípicas.

1.4. Nevos em localizações especiais

Os nevos localizados em áreas anatómicas especiais exibem padrões dermatoscópicos distintos, que devem ser conhecidos de forma a reconhecer-se atipias nessas regiões.

No couro cabeludo, os nevos podem ser um indicador de elevado número de nevos corporais¹⁶ e revelam hipopigmentação perifolicular ou um padrão globular uniforme.¹⁷ Nas crianças de fototipo baixo, estes podem manifestar hipopigmentação central rodeada por rede pigmentada (nevo eclipse).¹⁸

As lesões melanocíticas nas mucosas em idade jovem frequentemente correspondem a nevos melanocíticos e demonstram um padrão globular ou combinado.¹⁹

Nas crianças, os padrões dermatoscópicos mais comuns dos nevos acrais são o paralelo aos sulcos (Fig. 2a,b) ou o "peas in the pod" (Fig. 2c), enquanto o padrão paralelo às cristas é sugestivo de melanoma.^{2,20-22} Os NMC acrais têm frequentemente mais glóbulos, alargamento central das cristas e estruturas azul-acinzentadas centrais.²²

Os nevos ungueais podem apresentar-se na forma de melanoníquia estriada, única, sendo importante a sua diferenciação com o melanoma subungueal. Na maioria dos nevos observam-se linhas longitudinais acastanhadas²³⁻²⁵ (Fig. 2d-g), que nas crianças podem ter largura e colorações distintas entre si, mas individualmente homogéneas.²⁵ Os melanomas subungueais, além de serem extremamente raros na idade pediátrica, muitas vezes mostram um fundo difuso e escuro, com linhas quase imperceptíveis. Favorece-se o seguimento digital em melanoníquias longitudinais de aparecimento e crescimento recentes. Deve-se ainda distinguir o sinal de pseudo-Hutchinson, por vezes observados nos nevos, do sinal de Hutchinson dos melanomas.

1.5. Nevo de Spitz/Reed

Compreendem um subtipo de proliferações melanocíticas que podem simular o melanoma e são particularmente frequentes na infância (50% dos nevos de Spitz surgem em crianças menores de 10 anos).^{1,26} O nevo de Spitz (Fig. 3a,c,e) manifesta-se tipicamente como uma pápula ou nódulo, eritematoso, de crescimento rápido, preferencialmente localizado na face. O nevo de Reed (Fig. 3g,i), considerado

Educação Médica Contínua

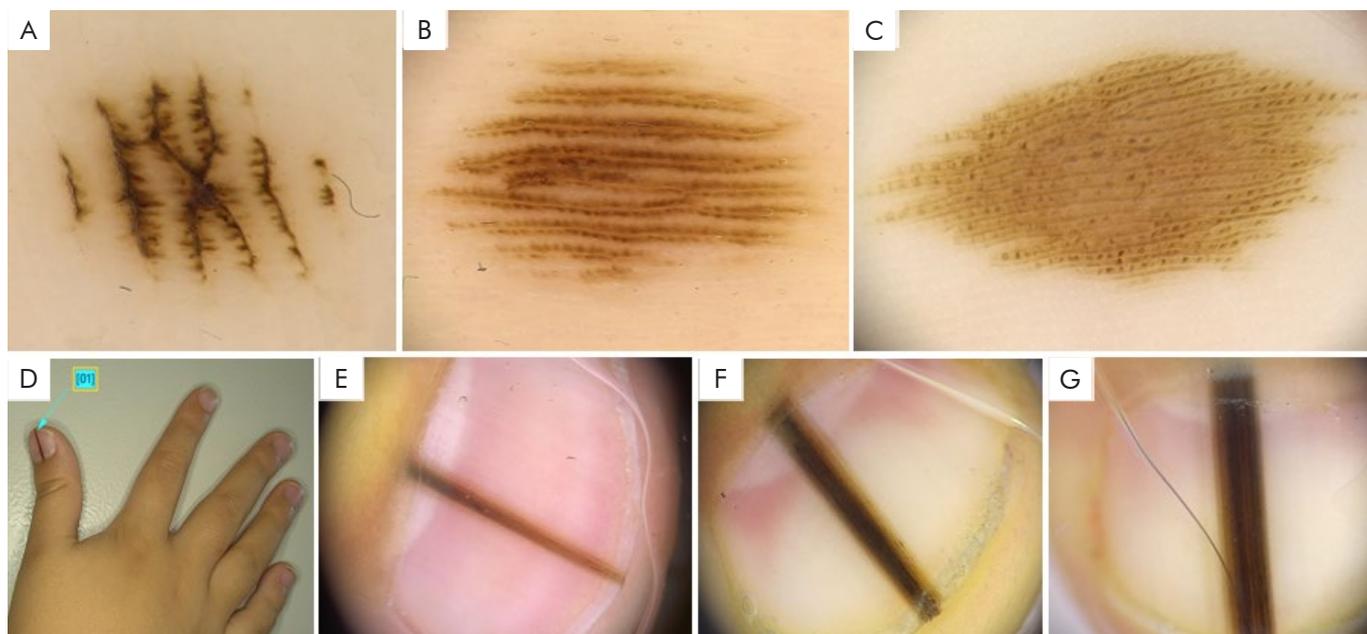


Figura 2 - Dermatoscopia de nevos melanocíticos acrais. (A) Padrão paralelo aos sulcos na palma de criança de 11 anos. (B) Padrão paralelo aos sulcos na planta de adolescente de 16 anos. (C) Bebê de 9 meses com nevo congénito plantar com padrão paralelo aos sulcos e glóbulos nas cristas (padrão "peas in the pod"). Observa-se também alargamento central das cristas. (D) Melanoníquia estriada em criança de 4 anos, com seguimento por dermatoscopia digital: (E) na baseline; (F) após 3 meses; (G) após 1 ano. Observa-se um padrão regular de linhas longitudinais paralelas e pseudo-Hutchinson, sem alterações estruturais no follow-up.

por alguns autores como a variante pigmentada do nevo de Spitz, caracteriza-se por uma pápula castanha-escura ou preta, com predomínio nos membros inferiores.

A dermatoscopia aumenta significativamente a sensibilidade diagnóstica dos nevos de Spitz/Reed, podendo observar-se 6 padrões principais: vascular, globular, "em explosão estelar", reticular, homogéneo e atípico.^{1-3,27} O padrão vascular (Fig. 3b,d,f), habitualmente observado nas formas não-pigmentadas, caracteriza-se pela presença de vasos punctiformes monomórficos com arranjo denso e regular, sobre área homogénea rosada-avermelhada, e por vezes associados a despigmentação reticular, crisálidas e estruturas pigmentadas residuais. No padrão globular, observam-se glóbulos castanho-escuros ou azul-acinzentados regularmente distribuídos pela lesão, com formação de múltiplas linhas. O padrão "em explosão estelar" evidencia-se pela presença de áreas com estrias periféricas regulares associadas a rede pigmentada central.²⁸ É o padrão mais facilmente reconhecido, permitindo uma sensibilidade diagnóstica de 96%.¹ O padrão reticular define-se por uma rede regular, castanha ou preta, por vezes com centro mais pigmentado, enquanto o padrão homogéneo mostra uma pigmentação castanha-escura ou azulada difusa. Os padrões globular e "em explosão estelar" são típicos da fase de crescimento do nevo, ao passo que o padrão homogéneo ou reticular surge quando a lesão se torna estável. Alguns nevos de Spitz/Reed podem ainda manifestar um padrão atípico (Fig. 3h,i) ou multicomponente, observando-se glóbulos e estrias irregulares, ou véu azul-esbranquiçado.

Os nevos de Spitz/Reed são benignos e não requerem tratamento. No entanto, pela semelhança clínica e dermatoscópica com o melanoma, recomenda-se a sua excisão nas seguintes situações: doentes com idade inferior a 12 anos com lesões maiores que 1 cm, nodulares, assimétricas ou com características dermatoscópicas atípicas (padrão multicomponente e vasos atípicos); todas as lesões spitzóides em doentes com mais de 12 anos.^{29,30} Nos restantes casos, o seguimento com dermatoscopia digital pode ser realizado com intervalos de 3 a 6 meses até estabilização ou involução das lesões.^{29,30}

1.6. Nevos atípicos

Correspondem a um grupo heterogéneo de proliferações melanocíticas com características clínicas e histológicas atípicas, incluindo o NMC, nevo de Spitz ou NMA. Os nevos atípicos são muitas vezes assimétricos, com bordo irregular, cor heterogénea e diâmetro superior a 5 mm.¹⁻³ Podem ser únicos ou múltiplos, estando estes últimos integrados no síndrome dos nevos displásicos, que pode surgir num contexto familiar. São pouco comuns antes da puberdade, com uma frequência estimada inferior a 2,2% em menores de 12 anos.¹

Na abordagem dos nevos atípicos, poderá ser difícil a sua distinção do melanoma numa fase inicial. Além disso, um número elevado de nevos atípicos é um fator de risco para o aparecimento de melanoma. A dermatoscopia, particularmente a dermatoscopia digital, auxilia na identificação de alterações características dos nevos atípicos e na deteção precoce do melanoma. Desta forma, a monitorização dos

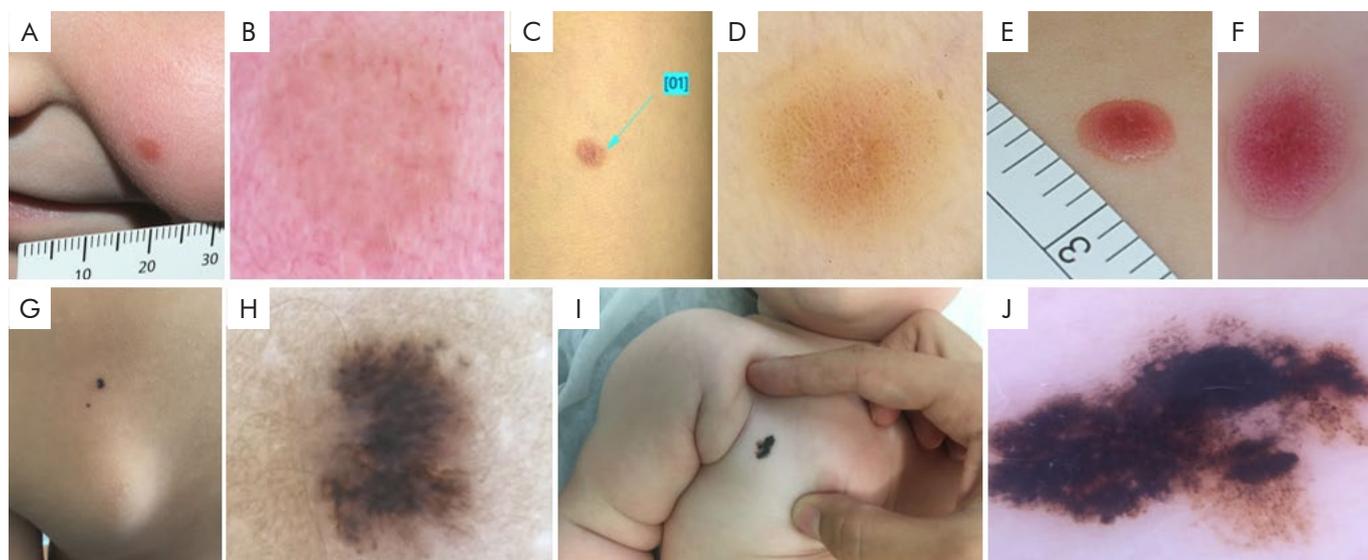


Figura 3 - Nevos de Spitz/Reed. (A) Criança de 4 anos com pápula eritematosa na face, com crescimento nos últimos 6 meses. (B) Dermatoscopia: padrão vascular com crisálidas. (C) Pápula eritematosa com um ano de evolução no antebraço de adolescente com 16 anos. (D) Dermatoscopia: vasos punctiformes com arranjo denso e regular, e rede inversa. (E) Nódulo eritematoso de crescimento rápido na coxa de criança de 5 anos. (F) Dermatoscopia: arranjo denso e regular de vasos punctiformes sobre área homogênea rosada-avermelhada. (G) Criança de 9 anos com mácula castanha escura com 1 ano de evolução. (H) Dermatoscopia: padrão atípico com estrias periféricas irregulares. (I) Mácula castanha escura irregular em recém-nascida. (J) Dermatoscopia: padrão atípico, assimétrico com glóbulos e pseudópodes irregulares.

nevos atípicos com dermatoscopia digital, com intervalos de 3 a 12 meses, pode ser uma alternativa à excisão cirúrgica³¹ (Fig. 4). Na dermatoscopia, os nevos atípicos são mais propensos a apresentarem um padrão combinado e coloração variegada, particularmente as associações de azul, cinzento e preto.¹ Constituem um exemplo as lesões com áreas de hiperpigmentação excêntricas, grandes áreas de cor azul-acinzentada ou esbranquiçada, e uma combinação de diferentes padrões, como glóbulos irregulares, rede atípica ou estrias irregulares (padrão multicomponente).^{1-3,32} A hiperpigmentação excêntrica (sinal de Bologna) é observada com relativa frequência nas crianças. Ao contrário do melanoma, estes nevos revelam padrões com distribuição homogênea (principalmente glóbulos) na ausência de outras características específicas do melanoma, e podem tornar-se mais regulares por perda progressiva da hiperpigmentação excêntrica.² Nevos atípicos com grandes áreas de cor esbranquiçada ou azul-acinzentada devem sempre elevar o grau de suspeita, uma vez que estas características correspondem histopatologicamente à fibrose e ao pigmento contido em melanófagos ou melanócitos na derme superior, respetivamente. Como a regressão é incomum nesta faixa etária e a transformação maligna na derme mais profunda pode não ser clínica nem dermoscopicamente identificada, a excisão poderá ser ponderada sobre o seguimento.¹

1.7. Melanoma

O melanoma pediátrico é extremamente raro, sendo responsável por aproximadamente 2% das neoplasias malignas infantis e por 1% - 4% de todos os melanomas (apenas 0,3% ocorrem antes da adolescência).³³ Esta baixa incidência e a

ausência de critérios clássicos poderão justificar o atraso no diagnóstico (9 meses em mediana).¹ Contudo, os estudos revelam que nesta faixa etária tem melhor prognóstico, com diminuição da sua incidência e mortalidade na última década (apenas 20% das mortes ocorrem em menores de 14 anos).³⁴

Melanoma Spitzoide

Nas crianças, o melanoma Spitzoide representa a maioria dos casos, seguido pelo melanoma associado a nevo melanocítico congénito. Na adolescência, o melanoma Spitzoide é responsável por cerca de metade dos casos.³⁴

O melanoma Spitzoide manifesta-se frequentemente por uma pápula ou nódulo, amelanótico ou eritematoso e de crescimento rápido, preferencialmente localizados nas extremidades ou face, podendo simular o nevo Spitz ou granuloma piogénico. Fatores ambientais, como a exposição à radiação ultravioleta, parecem ter pouca influência no seu desenvolvimento.³⁴ Os fatores de mau prognóstico (maior espessura, ulceração, metástases ganglionares) são mais frequentes, no entanto, geralmente têm um curso indolente, com rara metastização à distância e baixa mortalidade.^{34,35} A observação dermatoscópica associada à regra EFG (nódulo, firme e de crescimento rápido) e aos critérios ABCD modificados (amelanótico, tumor hemorrágico, cor uniforme, aparecimento de novo e de qualquer diâmetro) podem contribuir para a deteção precoce destas lesões.³⁵

O padrão dermatoscópico mais frequentemente observado no melanoma Spitzoide amelanótico é o polimorfismo vascular, composto pela associação de vasos punctiformes e lineares-irregulares.^{1-3,35} Outros achados menos frequentes, mas altamente específicos, são os glóbulos e áreas

Educação Médica Contínua

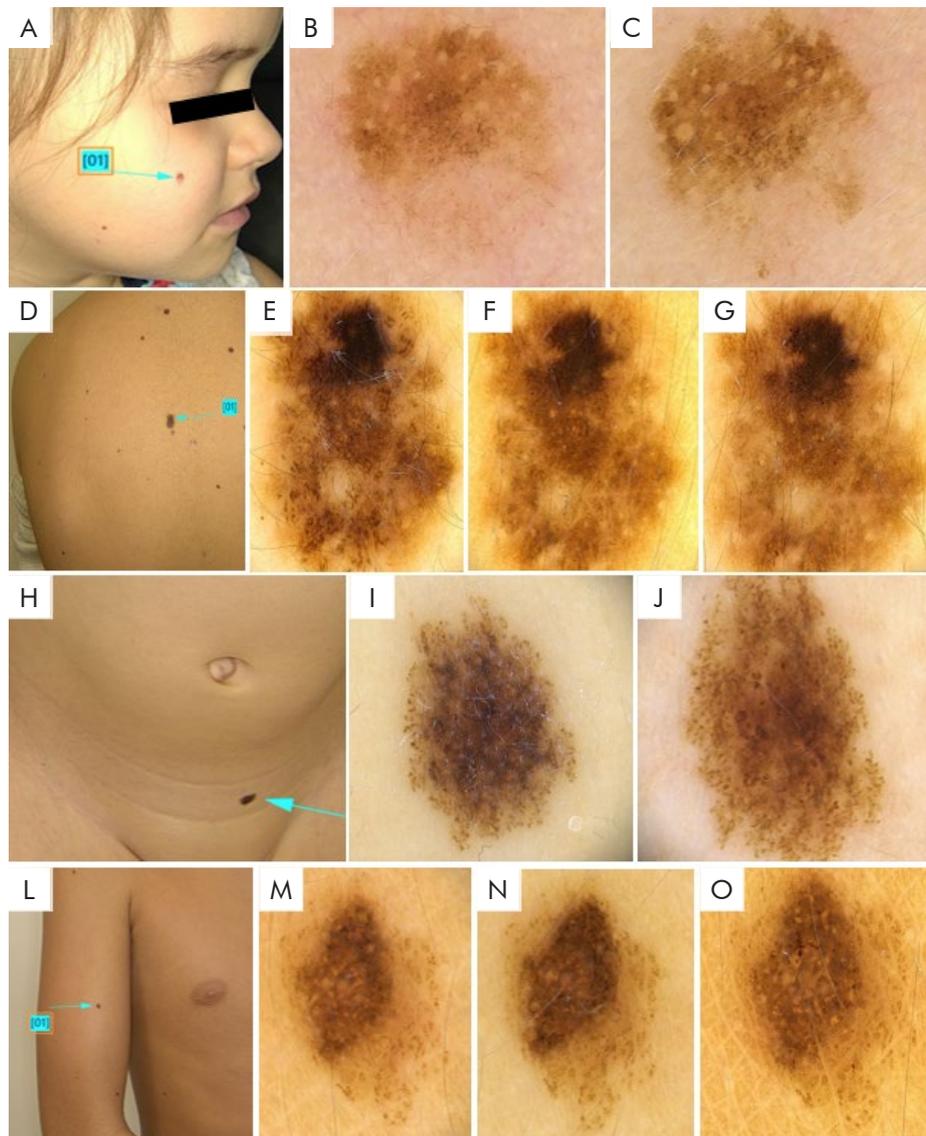


Figura 4 - Monitorização dos nevos atípicos (A), (D), (H) e (L) com dermatoscopia digital. (B) Padrão globular com distribuição irregular e hipopigmentação folicular em criança de 4 anos. (E) Padrão heterogêneo com área hiperpigmentada excêntrica em adolescente de 14 anos. (I) Nevo congénito com padrão globular e hiperpigmentação central em criança de 2 anos. (M) Padrão globular com área hiperpigmentada excêntrica em adolescente de 14 anos. *Follow-up* após 6 meses (C), (F), 1 ano (G), (J), (N) e 2 anos (O) mostrou estabilidade estrutural e crescimento simétrico.

vermelho-leitoso, de tamanho irregular e bordo desfocado.³⁴ Pode ainda observar-se vasos em gancho ou em “em saca-rolhas”, crisálidas e estruturas pigmentadas residuais.¹ No caso do melanoma Spitzoide pigmentado, a dermatoscopia mostra tipicamente um padrão “em explosão estelar” assimétrico, com estrias periféricas irregularmente distribuídas, véu azul-esbranquiçado e crisálidas.³⁵

Melanoma convencional

O melanoma convencional é responsável por 40% - 50% dos melanomas pediátricos, a maioria de extensão superficial e com fatores de risco associados (síndrome dos nevos displásicos, história familiar de melanoma, elevado

número de nevos (> 50 NMA), fototipo baixo, exposição excessiva à radiação ultravioleta, imunossupressão) e apresentação clínica semelhante à dos adultos (Fig. 5a-c).³⁴ O melanoma acrolentiginoso e o lentigo maligno melanoma são extremamente raros, sendo este último quase exclusivamente observado em doentes com deficiências na reparação do DNA.³⁴

Na dermatoscopia, no melanoma convencional predomina o padrão multicomponente (Fig. 5d-f), exibindo glóbulos irregulares, rede pigmentar atípica, véu azul-esbranquiçado e vasos atípicos.^{1-3,35} Pode também observar-se despigmentação reticular, crisálidas e áreas castanhas periféricas.

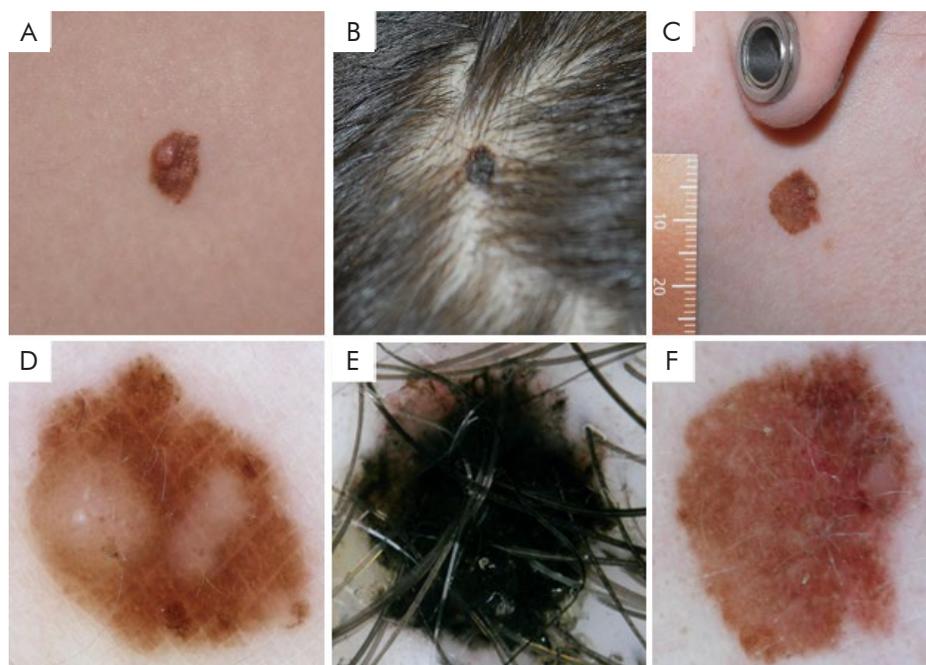


Figura 5 - Melanoma (A) Placa castanha de cor heterogénea e bordos irregulares na coxa de adolescente de 14 anos (melanoma com 1,75 mm de espessura) (B) Placa preta com bordo castanho assimétrico no couro cabeludo de doente de 17 anos (0,5 mm). (C) Melanoma associado a nevo na região cervical de doente de 17 anos (0,4 mm). (D) Dermatoscopia do melanoma: padrão multicomponente com assimetria na cor e estrutura, rede atípica e áreas brancas cicatríciais. (E) Dermatoscopia da lesão: área preta homogénea irregular com pseudópodes. (F) Dermatoscopia do melanoma: padrão multicomponente, irregular com rede invertida.

Melanoma sobre nevo congénito

Aproximadamente 30% a 50% dos melanomas pediátricos surgem em associação com nevos pré-existentes, 20% dos quais NMA ou NMC pequenos e médios, e os restantes NMC gigantes.³⁴ O melanoma sobre NMC gigante é responsável por um terço de todos os melanomas em menores de 12 anos e em cerca de 50% dos casos surge antes dos 5 anos de idade.² Está associado a mau prognóstico, com uma mortalidade de 30% - 70%, sendo responsável pela maioria das mortes por melanoma na infância.³⁴ Manifesta-se geralmente por um nódulo de crescimento rápido, que surge na derme profunda ou nos tecidos subcutâneos, pelo que a dermatoscopia muitas vezes não permite a sua identificação precoce. Nos melanomas sobre NMC pequenos e médios, a dermatoscopia permite a identificação de estruturas específicas do melanoma ou uma perda dos padrões melanocíticos benignos.^{1-3,34}

2. TUMORES CUTÂNEOS NÃO-MELANOCÍTICOS

2.1. Nevo sebáceo

O nevo sebáceo de Jadassohn ou nevo organóide é um hamartoma benigno que geralmente está presente ao nascimento, manifestando-se como uma placa plana rosada ou alaranjada no couro cabeludo (Fig. 6a,b), face ou pescoço.³⁶ Durante a adolescência torna-se verrucoso e espessado. Em 10% - 20% dos casos, podem surgir tumores secundários, a maioria benignos.³⁶

A dermatoscopia, nas lesões iniciais, revela a presença de estruturas arredondadas amareladas/alaranjadas de diferentes tamanhos, associadas a uma rede esbranquiçada, ou pontos amarelo-brilhante sem relação com os folículos pilosos (Fig. 6c,d).^{36,37} Nas lesões tardias, observa-se um

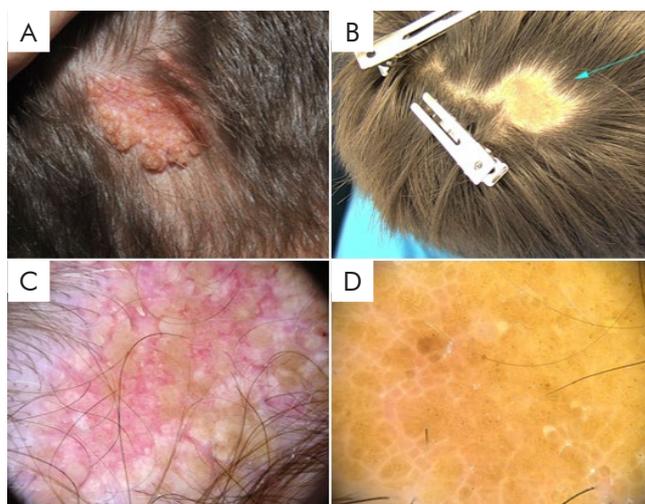


Figura 6 - Nevo sebáceo. (A) Placa papilomatosa eritemato-acastanhada. (B) Placa amarelada verrucosa. Padrões dermatoscópicos do nevo sebáceo: (C) Múltiplas estruturas redondas rosadas e amarelo-acastanhadas. (D) Estruturas amareladas associadas a uma rede esbranquiçada.

Educação Médica Contínua

padrão cerebriforme e proliferações verrucosas.³⁶ A dermatoscopia também pode ser útil na identificação de tumores secundários.

2.2. Hemangioma infantil

Os hemangiomas infantis são os tumores vasculares mais comuns da infância, com uma incidência de 2% - 12%.³⁸ Têm três fases de evolução (crescimento, estabilização e regressão) e de acordo com a profundidade, podem ser classificados em superficiais (placas ou nódulos de cor vermelho-vivo) (Fig. 7a), profundos (nódulos ou tumores azulados, mal definidos e com temperatura aumentada à palpação) e lesões mistas.^{38,39}

Na dermatoscopia, os vasos agregados surgem como estruturas redondas e ovais bem demarcadas (lacunas) separadas por septos azul-esbranquiçados^{39,40} (Fig. 7b). As lacunas nos hemangiomas superficiais têm uma cor vermelho-brilhante, enquanto nos mais profundos têm uma

tonalidade azul-arroxeadada. Um padrão vascular polimórfico, com vasos globulares, ondulados, em vírgula, em gancho e em coroa, tem sido descrito.⁴⁰ A dermatoscopia pode ser utilizada na monitorização da evolução do hemangioma.

2.3. Granuloma piogénico

O granuloma piogénico (GP) ou hemangioma lobular é um tumor vascular benigno caracterizado por um nódulo vermelho de crescimento rápido, por vezes ulcerado⁴¹ (Fig. 7c).

Na dermatoscopia (Fig. 7d), os achados principais são: áreas homogêneas vermelhas (a estrutura mais comum); colarete branco; linhas brancas finas que interseitam a lesão; estruturas vasculares (vasos em gancho, punctiformes, lineares-irregulares); e ulceração.^{40,41} Embora nenhum destes sinais seja específico do GP, a combinação de três ou mais é muito sugestiva. No entanto, não é possível excluir com certeza o melanoma amelanótico, pelo que se recomenda a sua avaliação histopatológica.

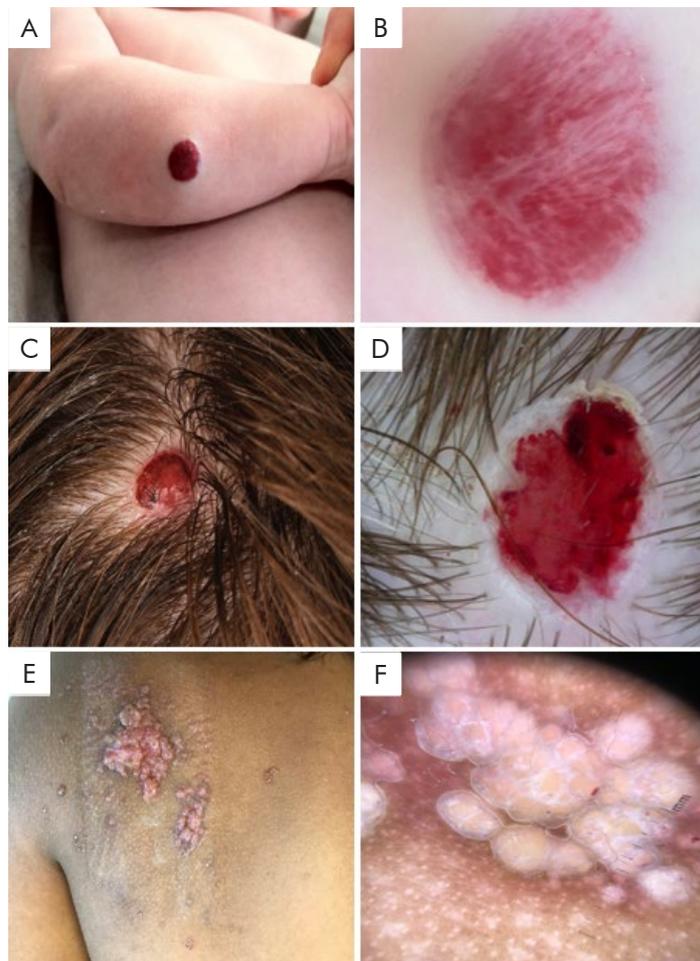


Figura 7 - Patologia benigna vascular. (A) Hemangioma infantil: placa vermelho-vivo em bebé de 3 meses. (B) Dermatoscopia: lacunas vermelhas separadas por septos esbranquiçados. (C) Granuloma piogénico: nódulo vermelho, firme e de crescimento rápido em criança de 10 anos. (D) Dermatoscopia: áreas homogêneas vermelhas, com colarete branco. (E) Linfangioma: múltiplas vesículas de conteúdo seroso agrupadas em adolescente de 14 anos. (F) Dermatoscopia: lacunas amarelo-esbranquiçadas separadas por septos brancos.

2.4. Linfangioma cutâneo circunscrito

Trata-se de uma malformação linfática, derivada do aumento da pressão dos vasos linfáticos cutâneos e que se caracteriza por múltiplas pápulas agrupadas de conteúdo seroso (Fig. 7e).

A dermatoscopia (Fig. 7f) revela lacunas esbranquiçadas ou amareladas, separadas por septos pálidos (padrão sacular).^{40,42} Com base na possível presença de sangue, observam-se frequentemente áreas avermelhadas dentro das lacunas.

2.5. Xantogranuloma juvenil

O xantogranuloma juvenil constitui uma das formas de histiocitose de células não-Langerhans mais comuns na infância, com 40% - 70% dos casos a surgirem no primeiro ano de vida.³⁷ Manifesta-se por pápulas e nódulos, amarelados ou eritematosos, únicos ou múltiplos, preferencialmente localizados na cabeça e pescoço (Fig. 8a). Trata-se frequentemente de uma doença auto-limitada, com regressão espontânea em 3 a 6 anos.

O padrão dermatoscópico típico (Fig. 8b) consiste em áreas homogêneas amarelas-alaranjadas com um halo eritematoso (padrão *setting sun* ou em "pôr do sol"), correspondendo a um infiltrado de histiócitos espumosos.^{37,43} Nos estadios mais tardios, o halo eritematoso desaparece e os glóbulos amarelo-pálido e estrias esbranquiçadas tornam-se mais evidentes. Podemos ainda observar vasos lineares e arboriformes.⁴³

3. GENODERMATOSES

Algumas doenças de transmissão genética predispoem o desenvolvimento de cancro cutâneo em idades jovens.⁴⁰ Os carcinomas basocelulares são frequentes em doentes com síndrome de Gorlin-Goltz (Fig. 9a-c) e xeroderma pigmentoso (XP). A dermatoscopia permite a identificação precoce destas lesões através da visualização das seguintes

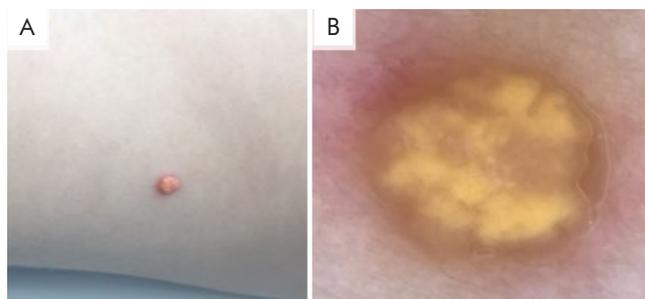


Figura 8 - Xantogranuloma juvenil. (A) Pápula amarelada no braço de criança de 2 anos. (B) Dermatoscopia: lóbulos com áreas homogêneas amareladas em redor de um centro laranja, circundadas por um halo eritematoso periférico (padrão em "pôr do sol").

estruturas: vasos arboriformes, glóbulos e ninhos ovóides azuis-cinzentos, estruturas em folha, estruturas em roda de carro, crisálidas ou ulceração.^{40,44} No XP, tal como na epidermodisplasia verruciforme, os carcinomas espinocelulares também são comuns, pelo que a vigilância dermatoscópica é fundamental na deteção de estruturas sugestivas, como vasos arboriformes e escamas amarelas-esbranquiçadas.⁴⁰ A dermatoscopia pode ainda ajudar a identificar melanomas em doentes com XP.

Além do risco aumentado de cancro cutâneo, os doentes com albinismo oculocutâneo têm nevos melanocíticos com dermatoscopia distinta (Fig. 9d,e), nomeadamente com padrão homogêneo amarelo-acastanhado associado a vasos em vírgula e punctiformes (particularmente na ausência de atividade da tirosinase), ou padrão reticular acastanhado com despigmentação central e vasos em vírgula em doentes com produção residual de melanina.⁴⁵ A observação de polimorfismo vascular deve elevar a suspeita de lesão melanocítica maligna.

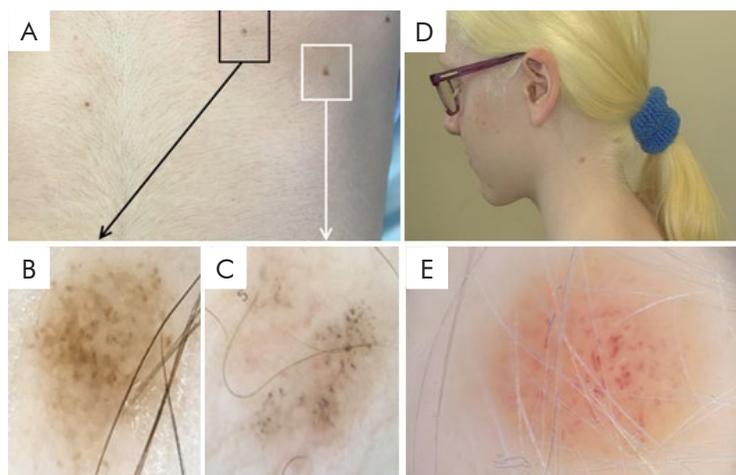


Figura 9 - (A) Doente de 16 anos com síndrome de Gorlin-Goltz com 2 pápulas pigmentadas recentes. Dermatoscopia: (B) glóbulos castanhos com arranjo regular (nevo melanocítico), e (C) pontos e glóbulos castanhos/cinza dispersos, e vasos arboriformes (carcinoma basocelular). (D) Doente de 12 anos com albinismo e pápula eritematosa. (E) Dermatoscopia: padrão homogêneo castanho claro e vasos em vírgula com arranjo regular (nevo intradérmico).

Educação Médica Contínua

4. DERMATOSCOPIA DIGITAL

A monitorização com dermatoscopia digital tem otimizado o diagnóstico precoce de melanoma e reduzido o número de excisões desnecessárias. Desta forma, nas lesões consideradas atípicas, mas com baixa suspeita de melanoma, pode-se optar pela vigilância dermatoscópica em detrimento da cirurgia⁴⁶ (indicações para dermatoscopia digital na Tabela 1). Por outro lado, a vigilância não está indicada em lesões nodulares ou com outros sinais sugestivos de melanoma.^{1,44}

A monitorização pode ser realizada com intervalos curtos (3 meses) ou longos (6-12 meses), sendo a primeira utilizada principalmente na avaliação de lesões únicas e a última focada no acompanhamento de múltiplos nevos em doentes com síndrome dos nevos displásicos.³⁴ Doentes com genodermatoses ou história de melanoma múltiplo familiar devem iniciar a vigilância antes da puberdade. Durante o seguimento, as lesões benignas tendem a aumentar simetricamente, sem alterações estruturais, enquanto as malignas têm frequentemente um crescimento assimétrico, com aparecimento ou desaparecimento de estruturas.

Tabela 1 - Indicações para monitorização com dermatoscopia digital

• Nevos melanocíticos congénitos médios e gigantes
• Elevado número de nevos (congénitos e/ou displásicos)
• Síndrome dos nevos displásicos
• História familiar de melanoma (melanoma múltiplo familiar)
• História pessoal de melanoma
• Genodermatoses com risco acrescido de cancro cutâneo
• Melanoníquia estriada
• Melanose das mucosas
• Nevos de Spitz não-nodulares (< 12 anos)

CONCLUSÃO

As crianças podem apresentar um largo espetro de tumores cutâneos. A dermatoscopia auxilia no seu diagnóstico e permite o acompanhamento da sua evolução, eliminando muitas vezes a necessidade de exame histopatológico. Desta forma, o conhecimento das características dermatoscópicas próprias desta faixa etária é fundamental na abordagem destes doentes.

Agradecimentos/Acknowledgements

Edith Arzberger, Iris Zalaudek e Pedro Vale Fernandes

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Consentimento do doente: Consentimento dos doentes para publicação obtido.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Patient consent: Consent for publication was obtained

Proveniência e revisão por pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Provenance and peer review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

- Zalaudek I, Sgambato A, Ferrara G, Argenziano G. Diagnosis and management of melanocytic skin lesion in the pediatric praxis. A review of the literature. *Minerva Pediatr.* 2008;60:291-312.
- Moscarella E, Piccolo V, Argenziano G, Lallas A, Longo C, Castagnetti F, et al. Problematic lesions in children. *Dermatol Clin.* 2013;31:535-47. doi: 10.1016/j.det.2013.06.003.
- Haliasos EC, Kerner M, Jaimes N, Zalaudek I, Malvey J, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part III: dermoscopy of melanocytic lesions. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:281-93. doi: 10.1111/pde.12041.
- De Col E, Moscarella E, Babino G, Fulgione E, Piccolo V, Argenziano G. Congenital Nevi. In: Micali G, Lacarubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy.* Geneve: Springer; 2018. p.15-20.
- Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, Kontochristopoulos G, Katsarou A, Potouridou I, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:1674-80. doi: 10.1111/jdv.14988.
- Changchien L, Dusza SW, Agero AL, Korzenko AJ, Braun RP, Sachs D, et al. Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2007;143:1007-14.
- Errichetti E, Patriarca MM, Stinco G. Dermoscopy of congenital melanocytic nevi: a ten-year follow-up study and comparative analysis with acquired melanocytic nevi arising in prepubertal age. *Eur J Dermatol.* 2017;27:505-10. doi: 10.1684/ejd.2017.3088.
- Kinsler VA, O'Hare P, Bulstrode N, Calonje JE, Chong WK, Hargrave D, et al. Melanoma in congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol.* 2017;176:1131-43. doi: 10.1111/bjd.15301.
- Krengel S, Marghoob AA. Current management

- approaches for congenital melanocytic nevi. *Dermatol Clin.* 2012;30:377-87
10. Scope A, Marchetti MA, Marghoob AA, Dusza SW, Geller AC, Satagopan JM, et al. The study of nevi in children: Principles learned and implications for melanoma diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:813-23. doi: 10.1016/j.jaad.2016.03.027.
 11. Zalaudek I, Schmid K, Marghoob AA, Scope A, Manzo M, Moscarella E, et al. Frequency of dermoscopic nevus subtypes by age and body site: a cross-sectional study. *Arch Dermatol.* 2011;147:663-70. doi: 10.1001/archdermatol.2011.149.
 12. Papakonstantinou A, Ioannides D, Vakirlis E, Savvoulidis C, Lallas A, Apalla Z, et al. Dermoscopic features of melanocytic skin lesions in Greek children and adolescents and their association with environmental factors and skin types. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:2142-8. doi: 10.1111/jdv.14996.
 13. Hurwitz RM, Buckel LJ. Signature nevi: individuals with multiple melanocytic nevi commonly have similar clinical and histologic patterns. *Dermatol Pract Concept.* 2011;1:13-7. doi: 10.5826/dpc.0101a04.
 14. Tsao H, Bevona C, Goggins W, Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma: a population-based estimate. *Arch Dermatol.* 2003;139:282-8.
 15. Aouthmany M, Weinstein M, Zirwas MJ, Brodell RT. The natural history of halo nevi: a retrospective case series. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:582-6. doi: 10.1016/j.jaad.2011.10.297.
 16. De Giorgi V, Sestini S, Grazzini M, Janowska A, Boddi V, Lotti T. Prevalence and distribution of melanocytic naevi on the scalp: a prospective study. *Br J Dermatol.* 2010;162:345-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09486.x.
 17. Tcheung WJ, Bellet JS, Prose NS, Cyr DD, Nelson KC. Clinical and dermoscopic features of 88 scalp naevi in 39 children. *Br J Dermatol.* 2011;165:137-43. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10297.x.
 18. Zalaudek I, Schmid K, Niederkorn A, Fink-Puches R, Richtig E, Wolf I, et al. Proposal for a clinical-dermoscopic classification of scalp naevi. *Br J Dermatol.* 2014;170:1065-72. doi: 10.1111/bjd.12722.
 19. Hunt RD, Orlow SJ, Schaffer JV. Genital melanocytic nevi in children: Experience in a pediatric dermatology practice. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:429-34. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.022.
 20. Minagawa A, Koga H, Uhara H, Yokokawa Y, Okuyama R. Age-related prevalence of dermoscopic patterns in acquired melanocytic nevus on acral volar skin. *JAMA Dermatol.* 2013;149:989-90. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.4452.
 21. Fargnoli MC, Suppa M, Micantonio T, Antonini A, Tambone S, Peris K. Dermoscopic features and follow-up changes of acral melanocytic naevi in childhood and adolescence. *Br J Dermatol.* 2014;170:374-81. doi: 10.1111/bjd.12667.
 22. Chuah SY, Tsilika K, Chiaverini C, et al. Dermoscopic features of congenital acral melanocytic nevi in children: a prospective comparative and follow-up study. *Br J Dermatol.* 2015;172:88-93. doi: 10.1111/bjd.13187.
 23. Khatri SS, Wang M, Harms KL, Durham AB, Johnson TM, Nazarian RM, et al. Subungual atypical lentiginous melanocytic proliferations in children and adolescents: A clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79:327-36.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.030.
 24. Koga H. Dermoscopic evaluation of melanonychia. *J Dermatol.* 2017;44:515-7. doi: 10.1111/1346-8138.13863
 25. Schaffer JV. Update on melanocytic nevi in children. *Clin Dermatol.* 2015;33:368-86. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.12.015.
 26. Dika E, Ravaioli GM, Fanti PA, Neri I, Patrizi A. Spitz nevi and other spitzoid neoplasms in children: overview of incidence data and diagnostic criteria. *Pediatr Dermatol.* 2017;34:25-32. doi: 10.1111/pde.13025.
 27. Babino G, Moscarella E, Fulgione E, De Col E, Piccolo V, Argenziano G. In: Spitz/Reed Nevus. Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneva: Springer; 2018. p.9-13.
 28. Mestier Y, Moscarella E, Marchetti Cautela J, Lallas, Longo C, Zalaudek I, et al. Clinicodermoscopic features of Spitz naevi by age and anatomical site: a study of 378 Spitz naevi. *Br J Dermatol.* 2017;177:e152-3. doi: 10.1111/bjd.15501.
 29. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Lazaridou E, Kyrgidis A, Broganelli P, et al. Update on dermoscopy of Spitz/Reed naevi and management guidelines by the International Dermoscopy Society. *Br J Dermatol.* 2017;177:645-55. doi: 10.1111/bjd.15339.
 30. Lallas A, Apalla Z, Papageorgiou C, Evangelou G, Ioannides D, Argenziano G. Management of Flat Pigmented Spitz and Reed Nevi in Children. *JAMA Dermatol.* 2018;154:1353-4. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.3013.
 31. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Soyer HP. Natural history of atypical and equivocal melanocytic lesions in children: an observational study of 19 cases. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:331-6. doi: 10.1111/pde.12259.
 32. Brás S, Gouveia AI, Teixeira AI, Oliveira AL, Soares de Almeida LM. The Dysplastic Nevus. *J Port Soc Dermatol Venereol.* 2016;74:227-39. doi: 10.29021/spdv.74.3.592.
 33. Fulgione E, Moscarella E, Babino G, De Col E, Piccolo V, Argenziano G. Childhood Melanoma. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneva: Springer; 2018. p.21-4.
 34. Merkel EA, Mohan LS, Shi K, Panah E, Zhang B, Gerami P. Paediatric melanoma: clinical update, genetic basis, and advances in diagnosis. *Lancet Child*

Educação Médica Contínua

- Adolesc Health. 2019;3:646-54. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30116-6.
35. Carrera C, Scope A, Dusza SW, Argenziano G, Nazzaro G, Phan A, et al. Clinical and dermoscopic characterization of pediatric and adolescent melanomas: Multicenter study of 52 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78:278-88. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.065.
 36. Neri I. Sebaceous Nevus. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.219-26.
 37. Micali G, Verzi A, Quattrocchi E, Ng CY, Lacarrubba F. *Dermatoscopy of Common Lesions in Pediatric Dermatology*. *Dermatol Clin*. 2018;36:463-72. doi: 10.1016/j.det.2018.05.012.
 38. Silva MJ, Palácios J, Rebelo M, Torres E. Infantile Hemangioma and Updated Recommended Treatment. *J Port Soc Dermatol Venereol*. 2019;77: 39-46. doi:10.29021/spdv.77.1.1012.
 39. Micali G, Verzi AE, Musumeci ML, Lacarrubba F. Vascular Anomalies. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.235-42.
 40. Haliasos EC, Kerner M, Jaimes N, Zalaudek I, Malvey J, Lanschuetzer CM, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist, part II: dermoscopy of genetic syndromes with cutaneous manifestations and pediatric vascular lesions. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:172-81. doi: 10.1111/j.1525-1470.2012.01874.x.
 41. Lacarrubba F, Boscaglia S, Tedeschi A, Micali G. Pyogenic Granuloma. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.249-254.
 42. Neri I. Lymphatic Malformations. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.227-33.
 43. Micali G, Verzi AE, Tedeschi A, Lacarrubba F. Juvenile Xanthogranuloma. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.205-12.
 44. Neri I. Basal Cell Nevus Syndrome. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Geneve: Springer; 2018. p.227-33.
 45. Caldarola G, Fania L, Fossati B, Zampetti A, Broganelli P, Massi G, Feliciani C. Dermoscopy of melanocytic lesions in patients affected by oculocutaneous albinism: a case series. *Dermatology*. 2013;226:358-61. doi: 10.1159/000351315.
 46. Thomas L, Puig S. Dermoscopy, Digital Dermoscopy and Other Diagnostic Tools in the Early Detection of Melanoma and Follow-up of High-risk Skin Cancer Patients. *Acta Derm Venereol*. 2017;218:14-21. doi: 10.2340/00015555-2719.

VERIFIQUE O QUE APRENDEU

1. Relativamente aos nevos melanocíticos na idade pediátrica, seleccione a afirmação errada:

- a) A infância é um período dinâmico em relação à nevogénese
- b) O padrão globular periférico é mais frequente que na idade adulta
- c) Nas lesões acrais, o padrão "peas in the pod" é sugestivo de melanoma
- d) Os nevos ungueais podem apresentar-se na forma de melanoníquia estriada, com linhas longitudinais com largura e colorações distintas entre si, mas individualmente homogéneas
- e) Nas lesões consideradas atípicas, mas com baixa suspeita de melanoma, pode-se optar pela vigilância dermatoscópica em detrimento da cirurgia

2. Qual é o padrão dermatoscópico mais frequente dos nevos melanocíticos na infância?

- a) Reticular
- b) Globular
- c) Homogéneo
- d) Em "explosão estelar"
- e) Multicomponente

3. O seguimento clínico e dermatoscópico dos nevos de Spitz/Reed pode ser realizado em determinadas situações. Seleccione a opção correta:

- a) Lesões nodulares
- b) Dimensão superior a 1 cm
- c) Padrão dermatoscópico multicomponente
- d) Lesões não-nodulares em doentes com menos de 12 anos
- e) Lesões não-nodulares em doentes com mais de 12 anos

4. Os nevos atípicos são um grupo heterogéneo de proliferações melanocíticas com características clínicas e histológicas atípicas. Seleccione a afirmação verdadeira:

- a) São relativamente comuns antes da puberdade
- b) Um número elevado não constitui fator de risco para aparecimento de melanoma

- c) Na dermatoscopia, são mais propensos a apresentarem padrão combinado e coloração variada
- d) O sinal de Bolognia é raramente observado nas crianças
- e) Os nevos com hiperpigmentação excêntrica tendem a ter crescimento assimétrico com alterações estruturais

5. Em relação ao melanoma pediátrico, assinale a afirmação falsa:

- a) É extremamente raro, sendo responsável por 1% - 4% de todos os melanomas
- b) Tem pior prognóstico que na idade adulta
- c) Nas crianças, o melanoma Spitzoide representa a maioria dos casos
- d) O polimorfismo vascular é o padrão dermatoscópico mais frequente do melanoma Spitzoide amelanótico
- e) O melanoma sobre nevo melanocítico congénito gigante está associado a mau prognóstico

6. Assinale a associação incorreta:

- a) Padrão em "pôr do sol" – xantogranuloma juvenil
- b) Lacunas vermelhas – hemangioma infantil
- c) Colarete branco – nevo sebáceo
- d) Padrão "em explosão estelar" – nevo de Spitz/Reed
- e) Vasos arboriformes – basalioma

7. Relativamente ao hemangioma infantil, seleccione a afirmação errada:

- a) É o tumor vascular mais frequente na idade pediátrica
- b) Compreende três fases de evolução (crescimento, estabilização e regressão)
- c) Dermatoscopicamente, caracteriza-se por lacunas separadas por septos azul-esbranquiçados
- d) As lacunas nos hemaniomas profundos têm uma cor vermelho-brilhante
- e) A dermatoscopia permite a sua monitorização ao longo do tempo

Educação Médica Contínua

VERIFIQUE O QUE APRENDEU (cont.)

8. Qual das seguintes patologias predispõe ao desenvolvimento de cancro cutâneo em idades jovens?

- a) Síndrome de Gorlin-Goltz
- b) Xeroderma pigmentoso
- c) Epidermodisplasia verruciforme
- d) Albinismo oculocutâneo
- e) Todas as anteriores

9. Qual das seguintes não constitui uma indicação para dermatoscopia digital?

- a) Genodermatoses com risco associado de cancro cutâneo
- b) Melanóníquia estriada
- c) Nevos de Spitz/Reed nodulares
- d) Síndrome dos nevos displásicos
- e) Melanoma múltiplo familiar

Correct answers: 1. c), 2. b), 3. d), 4. c), 5. b), 6. c), 7. d), 8. e), 9. c)