

DERMATOSCOPIA - CASOS SELECIONADOS DE APLICAÇÕES MENOS EXPLORADAS E REVISÃO DA LITERATURA

Ana Pedrosa¹, Paulo Morais^{2*}, Catarina Moreira¹, Olga Ferreira^{2*}, Filomena Azevedo³

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

³Diretora do Serviço de Dermatologia e Venereologia/Head of the Dermatology and Venereology Department, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Portugal

*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Medical School, Oporto University, Portugal

RESUMO – Introdução: O âmbito da dermatoscopia estende-se para além da avaliação das lesões pigmentadas, designadamente na avaliação de lesões vasculares, infecciosas e inflamatórias, bem como na patologia do couro cabeludo e ungueal. Pretendemos demonstrar características dermatoscópicas que poderão ser úteis no diagnóstico e seguimento de lesões não melanocíticas. **Material e métodos:** Seleccionaram-se 19 doentes nos quais a dermatoscopia foi utilizada no diagnóstico e/ou seguimento de lesões. Os achados dermatoscópicos foram comparados com os publicados na literatura. **Resultados:** Descrevemos o aspeto dermatoscópico de lesões vasculares, como o hemangioma infantil, o glomangioma, o hemangioma hemossiderótico targetóide, o linfangioma cutâneo circunscrito e a malformação arteriovenosa digital adquirida. Dentro das infeções víricas e infestações, detalhamos os achados dermatoscópicos identificadores de molusco contagioso, verruga vírica, pediculose do couro cabeludo e escabiose. Descrevemos também o aspeto dermatoscópico de lesões de poroqueratose actínica disseminada superficial, psoríase, pitíriase rósea, líquen plano, sarcoidose, queratodermia espinulosa palmoplantar, queratólise *punctata*, mamilo acessório, hiperplasia sebácea e hemorragia subcórnea, confrontando os resultados obtidos com os padrões dermatoscópicos previamente descritos na literatura e aqui revistos. **Conclusões:** A dermatoscopia é útil no diagnóstico, prognóstico e *follow-up* de diversas lesões cutâneas, além das melanocíticas. Verifica-se um aumento exponencial das suas aplicações com o reconhecimento de novos padrões dermatoscópicos, colocando-se a dermatoscopia em posição valiosa entre a clínica e a histologia.

PALAVRAS-CHAVE – Dermatoscopia; Dermatoses inflamatórias; Doenças da pele; Neoplasias da pele.

DERMOSCOPY - SELECTED CASES OF UNDEREXPLORED APPLICATIONS AND REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT – Introduction: The scope of dermoscopy extends beyond the evaluation of pigmented lesions, particularly in the assessment of vascular, infectious and inflammatory lesions as well as in the scalp and nail diseases. We aim to show dermoscopic features that may be useful in the diagnosis and follow-up of non-melanocytic lesions. **Material and Methods:** We selected 19 patients in whom dermoscopy was used for diagnosis and/or follow-up. The dermoscopic features were compared with data from the literature. **Results:** We describe the dermoscopic appearance of vascular lesions such as infantile hemangioma, glomangioma, hobnail hemangioma, lymphangioma circumscriptum and acquired digital arteriovenous malformation. Within the viral infections and ectoparasitic infestations, we detail the pathognomonic dermoscopic findings of molluscum contagiosum, viral wart, pediculosis capitis and scabies. We also describe the dermoscopic appearance of disseminated superficial actinic porokeratosis, psoriasis, pityriasis rosea, lichen planus, sarcoidosis, palmoplantar spiny keratoderma, pitted keratolysis, accessory nipple, sebaceous hyperplasia and subcorneal hematoma,

Artigo de Dermatoscopia

comparing the results obtained with the dermoscopic patterns previously described in literature and herein reviewed. **Conclusions:** Dermoscopy is useful in the diagnosis, prognosis and follow-up of a diversity of skin lesions, besides to melanocytic lesions. There has been an exponential increase in its applications due to the recognition of new dermoscopic patterns, providing a valuable link between clinical and histologic diagnosis.

KEY-WORDS – Dermoscopy; Skin diseases; Skin neoplasms.

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

No conflicts of interest.

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

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Julho/July 2013; Aceite/Accepted – Setembro/September 2013

Correspondência:

Dr.^a Ana Pedrosa

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Centro Hospitalar São João, EPE

Alameda Prof. Hernâni Monteiro

4200-319 Porto, Portugal

Tel.: +351 225512193

E-mail: anabastospedrosa@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dermatoscopia é uma técnica de diagnóstico que permite a observação *in vivo* de lesões cutâneas com maior pormenor. Principalmente utilizada na abordagem de lesões pigmentadas¹, esta técnica tem adquirido ênfase crescente na avaliação de lesões vasculares, infecciosas e inflamatórias, conseguindo melhorar a sensibilidade e especificidade diagnósticas em relação à observação a olho nu. É uma técnica não invasiva que possibilita a visualização de estruturas não aparentes macroscopicamente, em especial inferiormente ao estrato córneo cutâneo².

Realizou-se um estudo transversal com 19 doentes nos quais a dermatoscopia foi utilizada como auxiliar no diagnóstico, seguimento e/ou estabelecimento de um prognóstico. As aplicações da dermatoscopia estão em constante expansão, o que nos motivou a descrever as imagens dermatoscópicas de lesões não melanocíticas benignas, confrontando os resultados com os padrões dermatoscópicos publicados na literatura e descrevendo novos padrões.

LESÕES VASCULARES

Os tumores e as malformações vasculares podem ser diagnosticados e monitorizados com o auxílio da dermatoscopia, a qual permite avaliar as estruturas vasculares e a sua distribuição na derme superficial. Nos **hemangiomas infantis** (HI) superficiais é evidente um padrão vascular polimórfico³, incluindo vasos globulares, ondulados, em vírgula, em gancho e em coroa (Fig. 1A), que contrasta com o padrão vascular monomórfico descrito nas malformações capilares⁴. A utilidade da dermatoscopia estende-se à avaliação da eficácia do tratamento, conforme exemplificado na Fig. 1.

O aspeto dermatoscópico do **glomangioma** (Fig. 2A) consta de áreas sem estruturas azul-violáceas, enquanto no **hemangioma hemossiderótico targetóide**, um tumor vascular solitário, se visualizam lagos vasculares escuros centrais circundados por uma mácula violácea com uma aparência em alvo e uma fina rede pigmentar à periferia (Fig. 2B)^{5,6}. A dermatoscopia do **linfangioma cutâneo circunscrito**, que macroscopicamente pode ter um aspeto verruciforme, revela lagos vasculares amarelados ou avermelhados com conteúdo

Artigo de Dermatoscopia

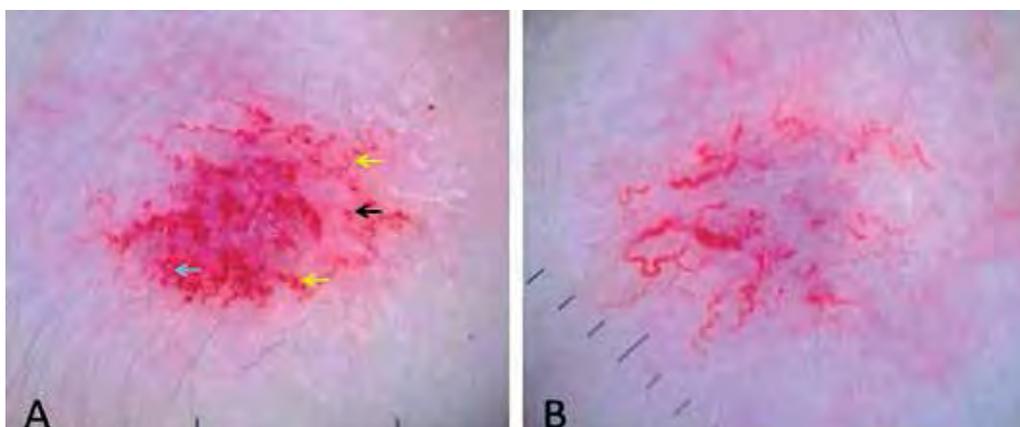


Fig 1 - Hemangioma infantil. **A.** Padrão vascular polimórfico; vasos ondulados (setas amarelas), em vírgula (seta preta) e em coroa (seta azul). **B.** Mesma lesão após 2 meses de aplicação bidiária de timolol 0,5% tópico em solução.

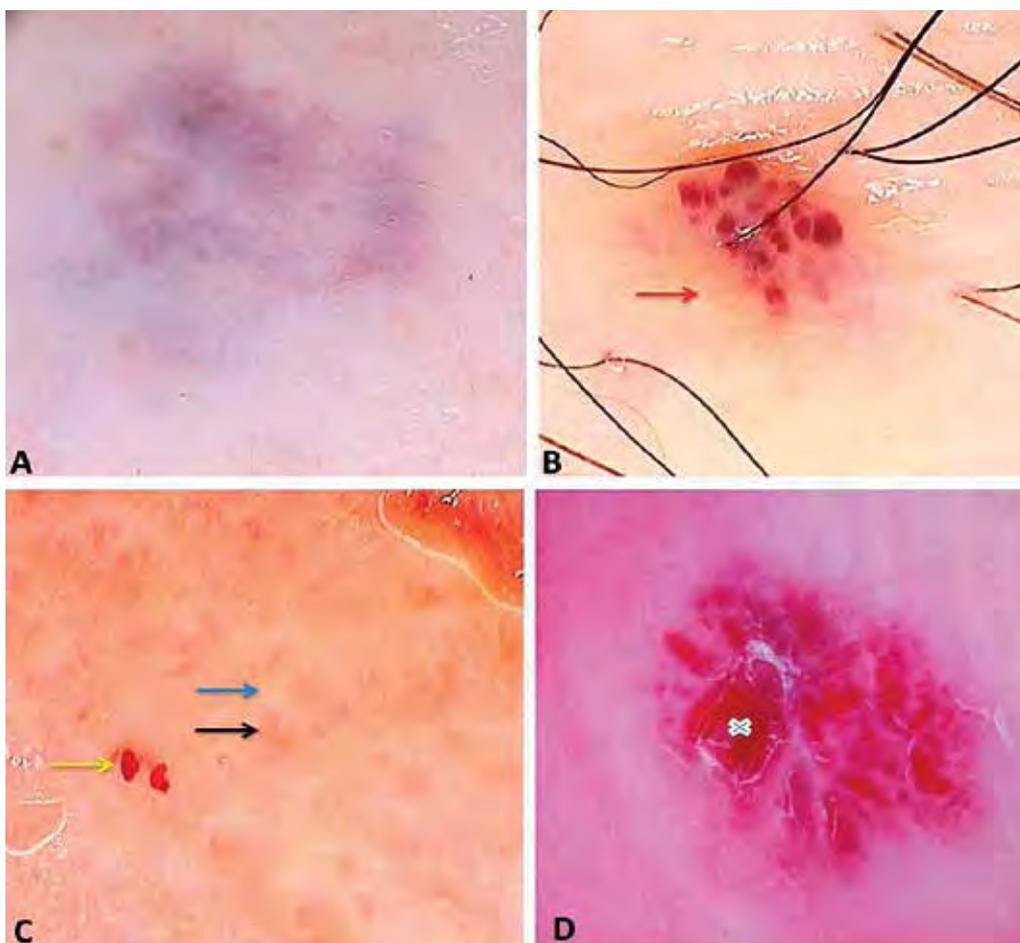


Fig 2 - Tumores e malformações vasculares. **A.** Glomangioma. **B.** Hemangioma hemossiderótico targetóide: lagos vasculares com rede pigmentar periférica (seta vermelha). **C.** Linfangioma cutâneo circunscrito: lagos vasculares amarelo-acastanhado (seta preta) separados por septos brancos (seta azul) e com algumas áreas hemorrágicas (seta amarela). **D.** Malformação arteriovenosa digital adquirida: lagos vasculares vermelho-azulado (cruz) com um fundo vermelho leitoso.

Artigo de Dermatoscopia

sero-hemático separados por septos pálidos, o designado padrão sacular^{2,7}. As **malformações arteriovenosas digitais adquiridas** são identificáveis como lagos vasculares vermelho-azulados, estruturas ovóides vermelho-vivo, num fundo vermelho leitoso^{8,9}.

INFEÇÕES VÍRICAS E INFESTAÇÕES

No que respeita às infeções víricas, o molusco contagioso e a verruga vírica causados por um poxvirus e

pelo vírus do papiloma humano, respetivamente, são frequentemente observados na prática clínica diária, podendo-se levantar, por vezes, dúvidas no seu diagnóstico. A dermatoscopia pode ser útil ao demonstrar os padrões típicos destas infeções. No **molusco contagioso** é evidente uma estrutura circular branca ou amarelada central circundada por um colar de vasos, lineares ou ramificados, que não interseam o centro (Fig. 3A)^{2,10}. A **verruga vírica** exhibe caracteristicamente múltiplas papilas centradas por um vaso circundado por um halo esbranquiçado, bem como glóbulos pretos

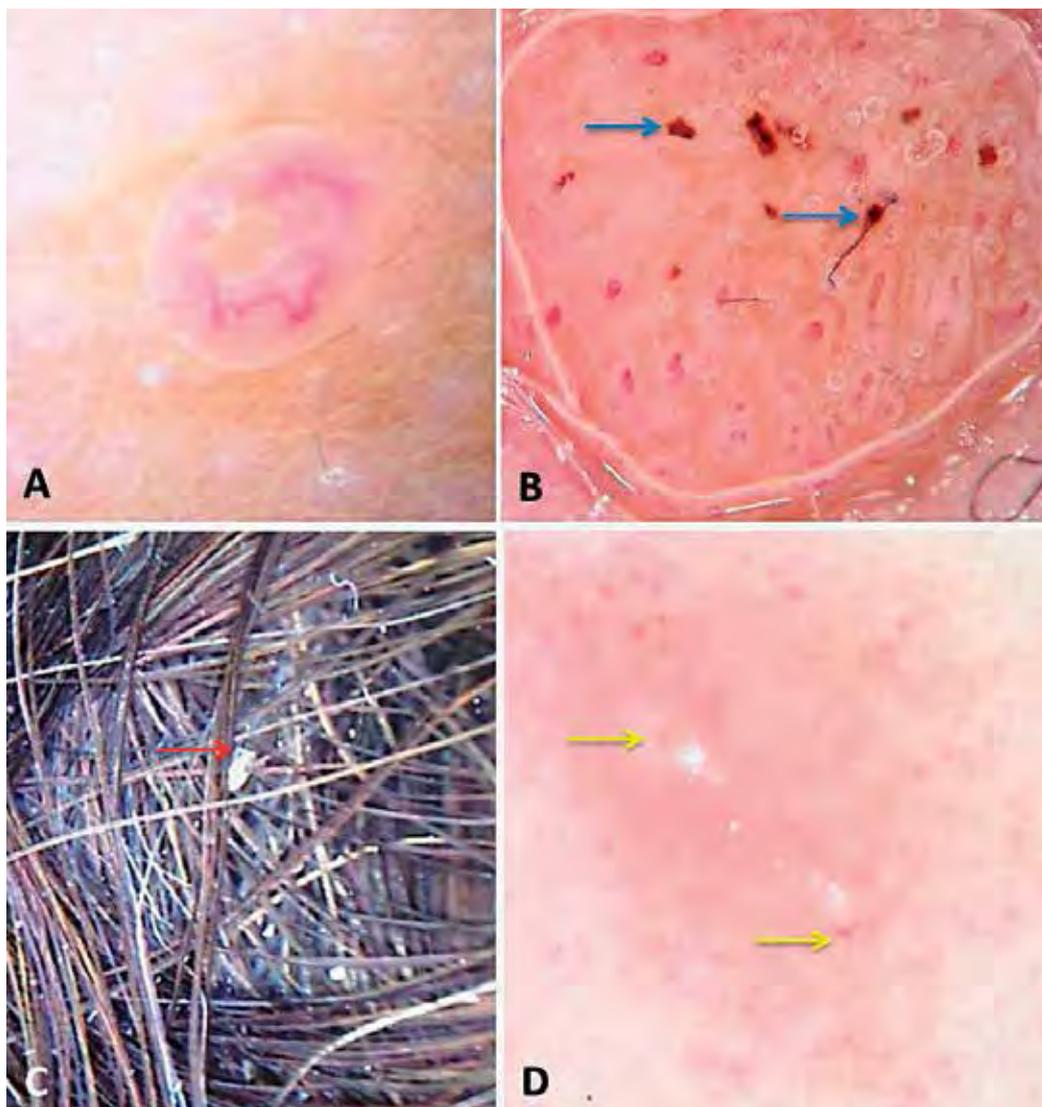


Fig 3 - Infeções e infestações. **A.** Molusco contagioso. **B.** Verruga vírica: capilares trombosados (setas azuis). **C.** Pediculose do couro cabeludo: lêmnea vazia com bordo superior retilizado (seta vermelha). **D.** Escabiose: imagens “em asa delta” (setas amarelas) no final de um segmento linear esbranquiçado.

Artigo de Dermatoscopia

correspondendo a vasos trombosados (Fig. 3B)^{2,10,11}. Está também descrito um padrão que simula um cristal de quartzo para as verrugas víricas (Rozeira J, *comunicação oral em Reunião da SPDV, Viseu, 2008*).

Nas infestações parasitárias, nomeadamente na **pediculose do couro cabeludo**, a dermatoscopia pode ser útil no diagnóstico ao permitir a visualização das lândeas fixas à haste capilar, diferenciando rapidamente as vazias, translúcidas e com bordo aplanado (Fig. 3C) daquelas contendo ninfas viáveis, castanhas e com formato ovóide¹² e das pseudo-lândeas, isto é, escamas de pele. Neste contexto, a dermatoscopia assume particular importância ao facilitar a comprovação iconográfica do diagnóstico aos doentes mais céticos, ou aos pais, garantindo, assim, uma melhor adesão à terapêutica.

Na **escabiose**, infestação cutânea muito pruriginosa causada pelo *Sarcoptes scabiei*, a dermatoscopia tem sido utilizada como auxiliar no diagnóstico *in vivo*, uma vez que permite, inclusivamente com baixa ampliação, visualizar uma estrutura triangular pigmentada, que corresponde à superfície anterior do ácaro, no final de um segmento linear, o sulco acarino, padrão descrito como “em asa delta” ou “rasto de avião” (Fig. 3D)^{10,13}.

MISCELÂNEA

Relativamente às dermatoses inflamatórias e outras lesões cutâneas, a dermatoscopia tem potencial aplicabilidade no sentido de melhorar a acuidade diagnóstica, tendo sido identificados padrões típicos com aparente replicabilidade em vários casos já publicados.

A **poroqueratose actínica superficial disseminada** deve-se a uma desregulação da queratinização epidérmica associada à exposição à radiação ultravioleta e caracteriza-se pela presença histológica da lamela cornóide¹⁴, que é representada na dermatoscopia (Fig. 4A) por uma estrutura anular branca com um sombreado externo acastanhado denominada “white track”¹⁰. Esta estrutura circunda uma área central avermelhada, fazendo lembrar no conjunto uma cratera vulcânica¹⁵.

Confirmámos e reproduzimos os padrões dermatoscópicos específicos de dermatoses inflamatórias identificados recentemente num estudo prospetivo¹⁶, a saber: a presença de vasos em ponto regularmente distribuídos e escamas brancas num fundo vermelho claro na **psoríase em placas**; de uma escama em colarete no bordo interno de uma placa oval de coloração amarelada na **pitiríase rósea**; e a visualização das estrias de

Wickham, que surgem como uma rede branca sobreposta a um fundo violáceo no caso do **líquen plano** (Fig. 4B), as quais podem ser inaparentes a olho nu. A presença destas estrias permite inferir o prognóstico, uma vez que traduzem, habitualmente, atividade da dermatose, diminuindo de número ou podendo mesmo desaparecer nos casos em regressão^{2,10}. As lesões nodulares ou papulares da **sarcoídose** revelam, à dermatoscopia, um padrão de glóbulos laranja bem delimitados, alternando com áreas sem estruturas brancas do tipo cicatricial (Fig. 4C), o que auxilia no diagnóstico diferencial com outras dermatoses inflamatórias, que se manifestam igualmente como pápulo-nódulos eritematosos, sobretudo na face¹⁷.

A **queratoderma espinulosa palmoplantar** é uma dermatose rara que se manifesta por múltiplas projeções hiperqueratósicas de pequenas dimensões nas palmas e plantas, sendo a sua identificação crucial, uma vez que a forma adquirida na idade adulta pode representar uma dermatose paraneoplásica¹⁸. Este diagnóstico que pode passar despercebido é evidenciado pela dermatoscopia que mostra espículas punctiformes acastanhadas (Fig. 4D), muitas vezes, impercetíveis a olho nu.

A **queratólise punctata** é uma lesão plantar causada pelo sobrecrecimento de bactérias Gram positivas, especialmente do género *Corynebacterium*, cuja atividade proteolítica provoca destruição do estrato córneo originando erosões superficiais¹⁹, visíveis na dermatoscopia como pequenas depressões escuras multifocais²⁰ ou depressões crateriformes da cor da pele e irregulares (Fig. 4E).

A dermatoscopia tem assumido um papel relevante no diagnóstico de lesões cutâneas benignas, como o mamilo acessório, a hiperplasia sebácea e a hemorragia subcórnea, que podem clinicamente suscitar dúvidas no diagnóstico diferencial com lesões malignas. Em relação ao **mamilo acessório**, que mesmo à observação dermatoscópica apresenta semelhanças com o histiocitoma, nomeadamente a área central branca cicatricial e a fina rede pigmentar à periferia, a frequente identificação de um sulco central (Fig. 4F)²¹, a par com a sua localização anatómica, ajudam na diferenciação entre estas duas lesões. A **hiperplasia sebácea** (Fig. 4G) revela um padrão constituído por uma área central polilobular esbranquiçada circundada por uma coroa de vasos. Um poro central acastanhado correspondente ao ducto de abertura da glândula sebácea²², que confere a aparência umbilicada à lesão e produz no seu conjunto dermatoscópico um aspeto característico denominado “bonbon toffee sign”²³. Finalmente, a **hemorragia subcórnea** que surge, geralmente, como

Artigo de Dermatoscopia

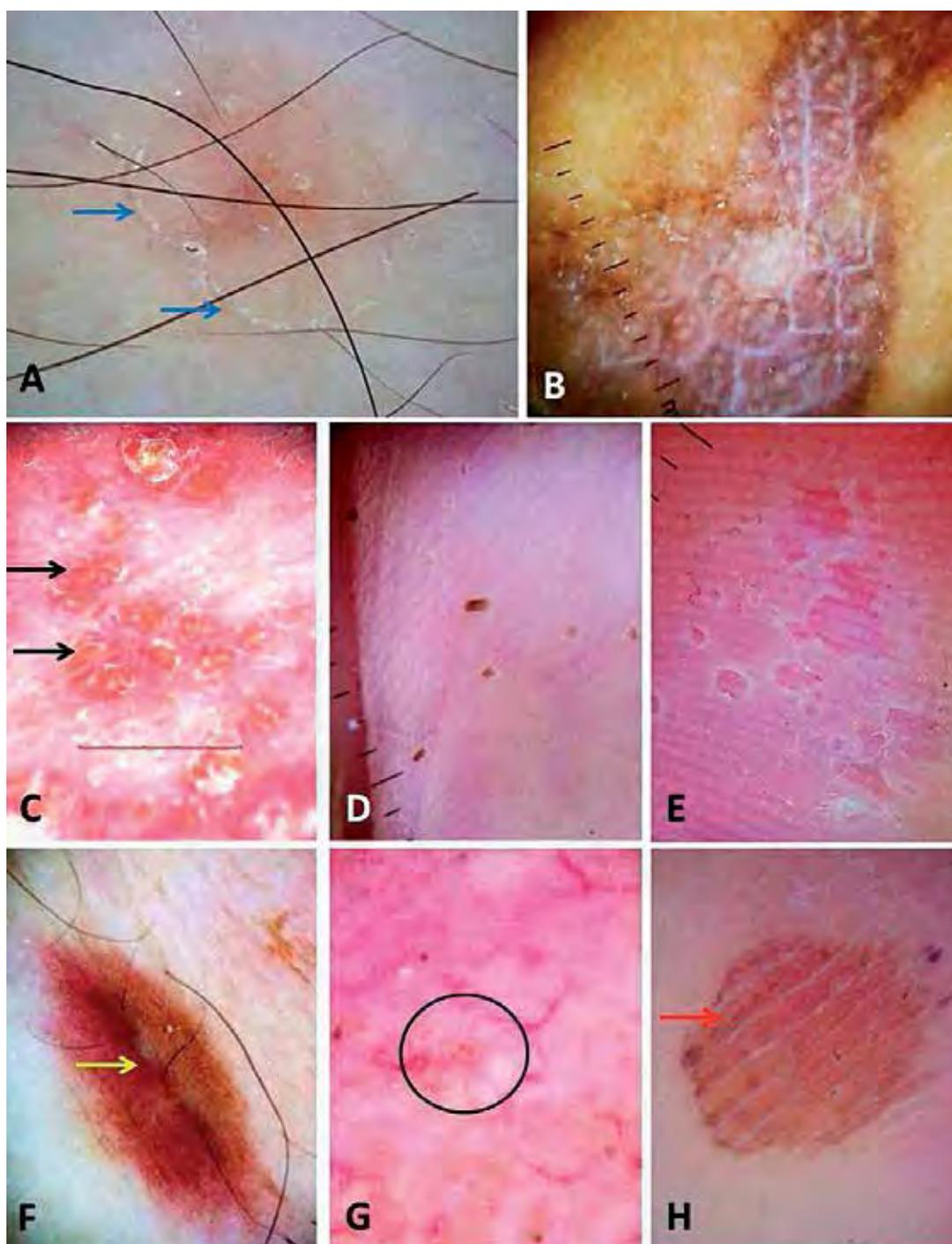


Fig 4 - Imagens dermatoscópicas. A. Poroqueratose actínica superficial disseminada: estrutura crateriforme central avermelhada circundada por “white track” (setas azuis). B. Líquen plano: estrias de Wickham num fundo violáceo. C. Sarcoidose facial: glóbulos laranja (setas pretas) intercalados com áreas sem estruturas brancas. D. Queratodermia espinulosa: estruturas punctiformes acastanhadas. E. Queratólise punctata: depressões crateriformes da cor da pele. F. Mamilo acessório: fina rede pigmentar à periferia e sulco central (seta amarela). G. Hiperplasia sebácea: área polilobular branca centrada por estrutura acastanhada (circulo preto). H. Hemorragia subcórnea: padrão em empedrado nas cristas (seta vermelha) e glóbulos satélite.

Artigo de Dermatoscopia

uma lesão pigmentada nas palmas ou nas plantas na sequência de traumatismo intenso e repetido²⁴, denominada frequentemente “black heel” ou “talon noir” que ocorre, por exemplo, nas plantas das bailarinas (Fig. 4H), mas também em atletas de diversos desportos, nomeadamente ténis, basquetebol, basebol²⁵, ou inclusivamente nos polegares de jogadores de videojogos. Esta lesão evidencia um padrão dermatoscópico em empedrado nas cristas muito característico com glóbulos satélite vermelho-escuro (Fig. 4H)^{24,26}.

CONCLUSÕES

A dermatoscopia é útil no diagnóstico de patologia cutânea não maligna, nomeadamente dermatoses inflamatórias e lesões cutâneas benignas, como tumores e malformações, situações em que o diagnóstico diferencial nem sempre é inequívoco a olho nu. Esta técnica revela-se útil também na monitorização das lesões e avaliação da resposta ao tratamento, como expresso no exemplo do hemangioma infantil (Fig. 1), e no prognóstico de várias dermatoses inflamatórias, como o líquen plano.

Descrevemos pela primeira vez um padrão dermatoscópico de queratodermia espinulosa palmoplantar e expomos imagens originais, reveladoras do aspeto dermatoscópico característico de várias lesões cutâneas, por vezes, apenas descrito em casos clínicos isolados, tendo sido encontrada uma reprodutibilidade de padrões.

Por vezes, a dermatoscopia posiciona-se apenas como uma imagem curiosa, considerando que para a maioria das lesões descritas, não dispomos ainda de critérios dermatoscópicos padronizados, todavia num futuro breve poder-se-á transformar numa ferramenta de auxílio diagnóstico fundamental.

Em suma, esta técnica não invasiva deve ser encarada cada vez mais como uma ponte de ligação entre a observação clínica a olho nu e a histologia, permitindo, em alguns casos, evitar a realização de biópsias desnecessárias.

BIBLIOGRAFIA

1. Menezes N. Dermatoscopia de lesões pigmentadas. *Rev Soc Port Dermatol Venereol.* 2011; 69:33-48.
2. 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(2):172-81.
3. Oiso N, Kawada A. The dermoscopic features in infantile hemangioma. *Pediatr Dermatol.* 2011; 28(5):591-3.
4. Vazquez-Lopez F, Coto-Segura P, Fueyo-Casado A, Perez-Oliva N. Dermoscopy of port-wine stains. *Arch Dermatol.* 2007; 143(7):962.
5. Ertam I, Akalin T, Unal I, Ozdemir F. Hobnail haemangioma: dermoscopic findings facilitating the differential diagnosis. *Clin Exp Dermatol.* 2009; 34(7):e231-3.
6. Sahin MT, Demir MA, Gunduz K, Ozturkcan S, Turel-Ermertcan A. Targetoid haemosiderotic haemangioma: dermoscopic monitoring of three cases and review of the literature. *Clin Exp Dermatol.* 2005; 30(6):672-6.
7. Domingues V. Dermoscopy do linfangioma circunscrito neviforme. *Rev Soc Port Dermatol Venereol.* 2012; 70:369-72.
8. Kadono T, Kishi A, Onishi Y, Ohara K. Acquired digital arteriovenous malformation: a report of six cases. *Br J Dermatol.* 2000; 142(2):362-5.
9. Cuesta-Montero L, Soro P, Banuls J. Acquired digital arteriovenous malformation: clinical, dermoscopy, ultrasound and histological study. *Eur J Dermatol.* 2012; 22(1):138-9.
10. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermoscopy: alternative uses in daily clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 64(6):1135-46.
11. Lee DY, Park JH, Lee JH, Yang JM, Lee ES. The use of dermoscopy for the diagnosis of plantar wart. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23(6):726-7.
12. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H, Di Stefani A, Ferrara G, Hofmann-Wellenhof R, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology.* 2008; 216(1):14-23.
13. Park JH, Kim CW, Kim SS. The diagnostic accuracy of dermoscopy for scabies. *Ann Dermatol.* 2012; 24(2):194-9.
14. Sertznig P, von Felbert V, Megahed M. Porokeratosis: present concepts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(4):404-12.
15. Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004; 18(2):194-5.
16. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakryiou E, Karatolias A, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J*

Artigo de Dermatoscopia

- Dermatol. 2012; 166(6):1198-205.
17. Lallas A, Argenziano G, Apalla Z, Gourhant JY, Zaballos P, Di Lernia V, et al. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 [in press].
 18. Bordel-Gomez M. Palmoplantar spiny keratoderma associated with chronic lymphoid leukaemia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22(12):1507-8.
 19. Van der Snoek EM, Ekkelenkamp MB, Suykerbuyk JC. Pitted keratolysis: physicians' treatment and their perceptions in dutch army personnel. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27(9):1120-6.
 20. Lockwood LL, Gehrke S, Navarini AA. Dermoscopy of pitted keratolysis. *Case Rep Dermatol*. 2010; 2(2):146-8.
 21. Oztas MO, Gurer MA. Dermoscopic features of accessory nipples. *Int J Dermatol*. 2007; 46(10):1067-8.
 22. Zalaudek I, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, Caticala C, Argenziano G. How to diagnose nonpigmented skin tumors: a review of vascular structures seen with dermoscopy: part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(3):377-86; quiz 387-8.
 23. Oztas P, Polat M, Oztas M, Alli N, Ustun H. Bonbon toffee sign: a new dermoscopic feature for sebaceous hyperplasia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22(10):1200-2.
 24. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer HP, Saurat JH, Braun RP. Dermoscopy of subcorneal hematoma. *Dermatol Surg*. 2004; 30(9):1229-32.
 25. Lao M, Weissler A, Siegfried E. Talon noir. *J Pediatr* 2013; 163(3):919
 26. Tanioka M. Benign acral lesions showing parallel ridge pattern on dermoscopy. *J Dermatol*. 2011; 38(1):41-4.