

# DERMATOSCOPIA COMO AUXÍLIO DIAGNÓSTICO NA POROCERATOSE SUPERFICIAL DISSEMINADA

Fred Bernardes Filho<sup>1</sup>, Maria Victória Quaresma<sup>1</sup>, Dâmia Leal Vendramini<sup>2</sup>, Bernard Kawa Kac<sup>3</sup>, Fabiano Leal<sup>4</sup>, David Rubem Azulay<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pós Graduando de Dermatologia/Graduated in Dermatology, no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA - SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>2</sup>Médica Graduada/Medical Graduated, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e Estagiária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>3</sup>Consultor Dermatopatológico/Consultant, Dermatopathology, Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA / SCMRJ), Brasil

<sup>4</sup>Preceptor em Dermatologia Clínica/Preceptor, Clinical Dermatology, Instituto de Dermatologia Professor/Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA-SCMRJ) e do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>5</sup>Mestre em Dermatologia/master in Dermatology; Chefe do Serviço de Dermatologia /Consultant Chief, Dermatology, IDPRDA - SCMRJ; Professor Titular/Professor, Curso de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; Professor/Professor, Fundação Técnico-Educacional Souza Marques e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia / Study performed at the Dermatology Institute, Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**RESUMO** – A poroceratose superficial disseminada faz parte de um grupo de doenças em que há distúrbio de ceratinização epidérmica, caracterizada por numerosas lesões cujos limites são dados por um muro ceratósico. A descrição de novos padrões dermatoscópicos tem sido cada vez mais relatada e sua contribuição nesta dermatose é uma realidade. Os autores descrevem um caso típico da doença, apresentam seus achados dermatoscópicos, comparando com o que há descrito na literatura e incluem a presença de poros dilatados no interior das lesões como mais um achado na caracterização da doença.

**PALAVRAS-CHAVE** – Poroceratose; Dermatoscopia; Neoplasias da pele.

## DERMOSCOPY AS AN AUXILIARY TOOL IN THE DIAGNOSIS OF DISSEMINATED SUPERFICIAL POROKERATOSIS

**ABSTRACT** – Superficial disseminated porokeratosis is part of a group of diseases where there is epidermal keratinization disorder, it is characterized by numerous lesions whose boundaries are given by a wall keratotic. The description of new dermoscopic patterns has been increasingly reported and its contribution in this dermatosis is a reality. The authors describe a typical case of the disease, present their dermoscopic findings, comparing with what there is described in the literature and include the presence of enlarged pores within the lesions as an additional finding in the characterization of the disease.

**KEY-WORDS** – Dermoscopy; Porokeratosis; Skin neoplasms.

## Artigo de Dermatoscopia

**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. Fred Bernardes Filho

Rua Marquês de Caxias, n° 9, Sobrado, Centro

Niterói – RJ, Brasil. CEP: 24030-050

Tel.: 00 55 21 98267765

E-mail: f9filho@gmail.com

### INTRODUÇÃO

As poroceratoses constituem um grupo de doenças hereditárias ou adquiridas caracterizadas por alteração da queratinização<sup>1</sup>. São reconhecidas sete variantes clínicas: poroceratose de Mibelli; poroceratose superficial disseminada; poroceratose superficial disseminada em imunossuprimidos; poroceratose actínica superficial disseminada; poroceratose palmo-plantar disseminada; poroceratose linear e poroceratose punctata<sup>2</sup>. Caracterizam-se pela formação de uma ou mais placas escamoatróficas, com crescimento excêntrico, circundadas por uma proeminente borda de queratina chamada de lamela cornóide, cuja representação histopatológica é a coluna de paraceratose<sup>2,3</sup>.

Comportam-se como dermatoses pré-cancerosas e, portanto, são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de carcinomas cutâneos, tais como carcinomas espinocelular, basocelular e doença de Bowen<sup>2,4</sup>. Degeneração maligna é descrita na literatura em todas as formas, exceto a variedade punctata<sup>1,2</sup>.

A poroceratose superficial disseminada (PSD) apresenta herança de padrão autossômico dominante e geralmente tem início na 3ª ou 4ª décadas de vida. Clinicamente é representada por pápulas com cristas ceratóticas periféricas e centro discretamente deprimido, de forma circular, medindo até 10mm de diâmetro<sup>2,3</sup>. As lesões acometem geralmente extremidades e áreas não fotoexpostas de maneira simétrica. Exposição prolongada ao sol, fototerapia ou fotoquimioterapia podem desencadear ou exacerbar a doença<sup>2</sup>. A identificação da lamela cornóide é condição *sine qua non* para diagnóstico

histológico da poroceratose, apesar de não ser exclusiva da doença, podendo ocorrer em outras condições tais como verruga vulgar e ceratose actínica<sup>2</sup>.

A dermatoscopia é um método auxiliar não invasivo e rápido, cada vez mais comum na prática clínica, capaz de melhorar a acurácia no diagnóstico das lesões pigmentadas<sup>5</sup>. Nos dias atuais, sua aplicação na prática clínica auxilia o diagnóstico e o controle de tratamentos clínico e cirúrgico de diversas dermatoses. São relatados na literatura achados dermatoscópicos que podem favorecer o diagnóstico das poroceratoses.

Os objetivos deste relato são apresentar um caso típico de poroceratose superficial disseminada, descrever seus achados dermatoscópicos e comparar com os descritos na literatura.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 59 anos, apresenta há 15 anos, lesões assintomáticas predominantes no tronco, dorso e membros superiores. Nega tratamento prévio e relata ter uma irmã com quadro semelhante. O exame dermatológico evidenciou múltiplas lesões eritematosas anulares e policíclicas, de bordas ceratóticas e centro atrófico, distribuídas de forma simétrica nos membros superiores, tronco e dorso (Fig. 1). A dermatoscopia revelou a presença faixa periférica com dois tons de castanho em algumas lesões, faixa periférica branca em outras lesões e a presença de poros dilatados e estruturas avermelhadas no interior de uma área central hipocrômica (Fig. 2). A biópsia de uma lesão do braço

## Artigo de Dermatoscopia



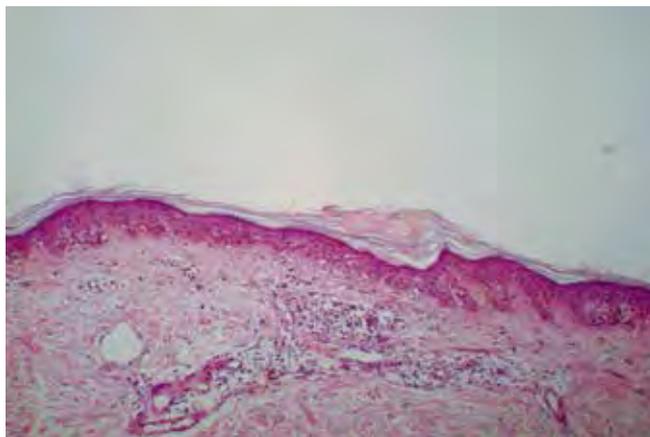
**Fig 1** - Múltiplas pápulas anulares e policíclicas de coloração eritemato acastanhada com bordas ceratósicas.



**Fig 2** - Lesões policíclicas com faixas periféricas de coloração castanha enegrecida, de centro atrófico, com poros dilatados, pontos vermelhos e áreas castanhas perifoliculares (a-b); Lesão policíclica com faixa periférica branca, poros dilatados, coloração eritemato vinhosa central e hipocromia periférica (c-d).

## Artigo de Dermatoscopia

direito mostrou lamela cornóide no estrato córneo, atrofia epidérmica com discreta atipia de queratinócitos e infiltrado mononuclear perivascular superficial (Fig. 3). Foi estabelecido o diagnóstico de poroceratose superficial disseminada.



**Fig. 3** - Presença de lamela cornóide no estrato córneo, atrofia epidérmica com discreta atipia de queratinócitos e infiltrado mononuclear perivascular superficial.

### DISCUSSÃO

Em virtude de tratar-se de técnica diagnóstica não invasiva, fácil e barata, a dermatoscopia ganha a cada dia mais importância com o aumento do número de suas indicações. A descrição de novos padrões dermatoscópicos tem sido cada vez mais relatada, devendo, portanto, o dermatologista ter domínio de seu uso.

Na literatura, Delfino *et al* em 2004 descrevem características morfológicas através da microscopia de epiluminescência de lesões de poroceratose. É descrita uma estrutura anular amarelo esbranquiçada demarcando uma área central semelhante a uma cicatriz, rodeada por vascularização periférica mínima<sup>6</sup>. Zaballos *et al* em 2004 descrevem como característica de lesões de poroceratose a presença de uma faixa branca periférica, que pode ser de contorno única ou dupla e a correlaciona na histopatologia à lamela cornóide. Estes autores também relatam a presença de pontos vermelhos, glóbulos e linhas no centro da lesão e os correspondem a vasos capilares dilatados, que são visualizados pelo fato de o epitélio ser atrófico<sup>7</sup>. Panasiti *et al* em 2008 apresentam um caso de poroceratose cuja dermatoscopia revelou a presença de contorno acastanhado na periferia das lesões, demarcando uma região homogênea marrom, com uma área central semelhante a uma cicatriz e

poucas estruturas globulares vermelhas<sup>8</sup>. Oiso *et al* em 2011 descrevem três tipos de lesões clínicas: anular sem atrofia central, anular com atrofia central e policíclica com atrofia central, sendo a primeira a lesão mais recente e a terceira a mais antiga no curso clínico da doença. Como características dermatoscópicas, observaram uma faixa hiperpigmentada externa e uma faixa branca interna na periferia das lesões e faixas brancas lineares rodeadas por hiperpigmentação, faixas lineares e circulares hiperpigmentadas, linhas e pontos avermelhados na região central<sup>9</sup> (Tabela 1).

A dermatoscopia já está estabelecida como ferramenta auxiliar útil no diagnóstico da PSD, pois possibilita

**Tabela 1** - Características dermatoscópicas de lesões de poroceratose superficial disseminada.

AUTOR / ANO	ACHADOS DERMATOSCÓPICOS
Delfino <i>et al</i> em 2004	Estrutura anular amarelo esbranquiçada periférica, área central semelhante a uma cicatriz, vascularização periférica.
Zaballos <i>et al</i> em 2004	Faixa branca periférica, única ou dupla, glóbulos, pontos e linhas avermelhadas no centro da lesão.
Panasiti <i>et al</i> em 2008	Contorno acastanhado periférico, centro homogêneo, semelhante a uma cicatriz com presença de glóbulos.
Oiso <i>et al</i> em 2011	Faixa hiperpigmentada externa e uma faixa branca interna na periferia das lesões, faixas brancas lineares rodeadas por hiperpigmentação, faixas lineares e circulares hiperpigmentadas, linhas e pontos avermelhados no centro da lesão.
Bernardes Filho <i>et al</i>	Faixa periférica com dois tons de castanho, faixa periférica branca, poros dilatados e estruturas avermelhadas no interior de uma área central hipocrômica.

uma melhor visualização e caracterização de estruturas morfológicas típicas das lesões<sup>6-10</sup>. No caso em questão, aos achados dermatoscópicos já descritos na literatura, os autores somam a presença de poros dilatados no interior das lesões.

O fato de a PSD comportar-se como dermatose pré-cancerosa implica um seguimento periódico com avaliação clínica minuciosa, para que, em caso de degeneração maligna, o diagnóstico e tratamento sejam o mais precoce. Os achados dermatoscópicos permitem

## Artigo de Dermatoscopia

a caracterização de lesões mínimas, não vistas ao olho desarmado. O presente caso ilustra a contribuição da dermatoscopia na avaliação da PSD.

### REFERÊNCIAS

1. Torres T, Velho GC, Selores M. Poroceratose superficial disseminada num doente com colangiocarcinoma: manifestação paraneoplásica? *An Bras Dermatol.* 2010; 85(2):229-31.
2. O'Regan GM, Irvine AD. Porokeratosis. *In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. Dermatology in general medicine.* 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 442-6
3. Azulay RD, Azulay DR. Poroceratose. *In: Azulay DR, editor. Dermatologia.* 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.690-2.
4. Gon AS, Rocha SR, Pozetti EM, Rodrigues VS, Antonio JR. Poroceratoses: estudo clínico de 15 casos. *An Bras Dermatol.* 1993; 68(5):271-5.
5. Bastos CA. Non-traditional Indications in dermoscopy. *Surg Cosmet Dermatol.* 2012;4(2)203-5.
6. Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18(2):194-5.
7. Zaballos P, Puig S, Malvehy J. Dermoscopy of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Arch Dermatol.* 2004; 140(11):1410.
8. Panasiti V, Rossi M, Curzio M, Bruni F, Calvieri S. Disseminated superficial actinic porokeratosis diagnosed by dermoscopy. *Int J Dermatol.* 2008; 47(3):308-10.
9. Oiso N, Kawada A. Dermoscopic features in disseminated superficial actinic porokeratosis. *Eur J Dermatol.* 2011; 21(3):439-40.
10. Uhara H, Kamijo F, Okuyama R, Saida T. Open pores with plugs in porokeratosis clearly visualized with the dermoscopic furrow ink test: report of 3 cases. *Arch Dermatol.* 2011; 147(7):866-8.