

Avaliação de lesões planas na face pela dermatoscopia

Valuation of flat injuries of the face by dermoscopy: Review article

Resumo

- Introdução** O dermatoscópio é um método diagnóstico não invasivo que expõe as estruturas subepidérmicas. Com isso lesões melanocíticas e não melanocíticas podem ter um diagnóstico mais preciso antes da biópsia.
- Objetivos** Realizar revisão de literatura, dos últimos 18 anos, tendo em vista abordar as principais características dermatoscópicas das lesões planas da face, baseado nos artigos científicos, para facilitar seus diagnósticos.
- Materiais / Sujeitos e Métodos** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática nos sites de busca PubMed, Scielo, Google acadêmico e Medline. Foram encontrados 454 estudos datados de 2002 e 2020, destes foram selecionados 20 estudos.
- Resultados** O diagnóstico das lesões planas da face apresenta certa dificuldade na sua diferenciação, devido às características da pele nesta localização do corpo.
- Conclusões** Encontrar um diagnóstico das lesões acarreata em um número aumentado de biópsias, procurar por pistas que condizem com lesões benignas é uma forma de auxiliar na decisão terapêutica.
- Abstract** *The dermatoscope is a non-invasive diagnostic method that exposes the subepidermal structures. Melanocytic and non-melanocytic lesions can be more accurately diagnosed before biopsy. Carry out a literature review of the last 18 years in order to address the main dermatoscopic features of plane facial lesions, based on scientific articles, to facilitate their diagnosis. A systematic bibliographic search was performed in PubMed, Scielo, Google academic and Medline search sites. A total of 454 studies dated from 2002 and 2020 were found, from which 20 studies were selected. The diagnosis of plane facial lesions presents some difficulties in its differentiation, due to the characteristics of the skin in this location of the body. Finding a diagnosis of the lesions leads to an increased number of biopsies, looking for clues that match benign lesions is a way to assist in the therapeutic decision.*

Autora/Orientador



Jéssica Aline Moura
Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil



Gustavo Longhi Bedin
Professor da Pós-graduação em
Oncodermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Dermoscopia. Pele. Face.

Keywords

Dermoscopy. Skyn. Face.

Trabalho submetido: 18/01/21. Publicação aprovada: 04/02/21. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

INTRODUÇÃO

Desde o século XIX a dermatoscopia permite a avaliação das lesões da pele, um método diagnóstico não invasivo que expõe as estruturas subepidérmicas, possibilitando um diagnóstico das lesões malignas, como melanoma e os carcinomas antes do exame anatomopatológico, sendo assim, possível realizar uma programação terapêutica assertiva. Em 1971, Rona Mackie estabeleceu os benefícios da dermatoscopia no diagnóstico das lesões cutâneas. Em 1981, as lesões benignas e malignas já podiam ser distinguidas de acordo com suas características, sendo assim, a década de 80 foi considerado o apogeu da dermatoscopia, tendo os critérios dermatoscópicos bem definidos pela primeira Conferência de Consenso sobre Microscopia da Superfície da Pele⁽¹⁾.

Conhecida como microscopia da superfície, a dermatoscopia permite visualizar as lesões cutâneas, permitindo avaliar as características dermatoscópicas decorrentes da presença de melanina e hemoglobina nas diferentes camadas da pele, permitindo a sobreposição das camadas cutâneas, podendo observar qualquer superfície ou camada profunda da pele^(1,2,3).

A presença de diferentes colorações pode ser explicada pela diferente correlação histopatológica das cores na dermatoscopia. Melanina no extrato córneo está indicada pela cor preta; Castanho representa melanina na junção dermoepidérmica; Cinza-azulado revela melanina na derme papilar; Azul indica melanina na derme reticular; Fibrose ou regressão da lesão é representada pela cor branca e o vermelho indica presença de hemoglobina dentro dos vasos⁽⁴⁾.

Na face as cristas são planas ou ausentes, o padrão encontrado na dermatoscopia se deve aos círculos correspondentes aos folículos pilo-sebáceos livres de pigmento, envolvidos pelo pigmento da pele ao redor, padrão este chamado de pseudorrede. Essa pseudorrede está presente tanto em lesões melanocíticas quanto não melanocíticas, não distinguindo uma lesão da outra, sendo assim, necessária a análise de critérios adequados para obter um diagnóstico^(5,6).

As lesões planas na face se assemelham clinicamente por sua localização em área com fotodano, havendo significativa dificuldade nos diagnósticos diferenciais.

Clinicamente são máculas planas, pigmentadas ou não, podendo corresponder a vários diagnósticos como lentigo maligno, lentigo maligno melanoma, queratose seborreica, lentigo solar, queratose actínica, queratose liquenóide, nevo, carcinoma basocelular superficial e melanoma⁽⁷⁾.

MATERIAIS, SUJEITOS E MÉTODOS

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, a qual tem por finalidade reunir todas as informações pertinentes de forma concisa sobre determinado assunto, para que o leitor tenha uma ampla compreensão sobre o tema⁽⁸⁻⁹⁾.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática nos sites de busca PubMed, Scielo, Google acadêmico e Medline. As principais fontes de evidência bibliográfica incluíram 454 estudos abordando a temática sobre dermatoscopia de lesões planas da face, em um recorte temporal de 2002 a 2020, identificados utilizando as palavras-chave “dermatoscopia da face”, “máculas pigmentadas faciais”, “lentigo maligno”, “queratose actínica”, “neoplasias faciais” e “lentigo solar”. Artigos e revisões em português e inglês foram inclusos e um total de 21 estudos preencheram nossos critérios e foram incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado à nossa pesquisa, foram listadas as lesões planas da face mais comuns e juntamente suas características clínicas, dermatoscopia e tratamento.

Lentigo maligno (LM) e lentigo maligno melanoma (LMM)

O LM tem um difícil diagnóstico por apresentar características epidemiológicas, patogênicas e morfológicas semelhantes às queratose actínica pigmentada, lentigo

solar, queratose actínica pigmentada, nevo displásico juncional e queratose seborreica plana⁽¹⁰⁾.

Apresentam predisposição para áreas de exposição à radiação ultravioleta crônica como face (nariz e bochecha), orelha e pescoço; indivíduos com a pele clara; história pregressa de câncer de pele não melanoma. Sua incidência é mais recorrente entre os 70 e 80 anos de vida. O termo LM refere-se à lesão confinada a epiderme (“melanoma in situ”), com um risco de 5-20% de progressão para LMM (invasão da derme)⁽¹¹⁻¹²⁾.

Clinicamente o LM se apresenta como uma mácula hiperocrômica com bordas mal delimitadas, tamanhos e formas variáveis e múltiplas cores, por sua vez o LMM apresenta hiperpigmentação castanho enegrecida, bordas regulares ou áreas elevadas⁽¹²⁾.

As características dermatoscópicas iniciais no LM e no LMM estão nas aberturas foliculares, que são circundadas por uma borda pigmentada assimétrica. Segundo um estudo realizado por Pralong as estruturas romboidais pigmentada é a característica mais comum encontrada no lentigo maligno melanoma, seguida por aberturas foliculares pigmentadas e padrão anular-granular, já os folículos pilosos obliterados são mais raros, porém muito específico. A hiperpigmentação ao redor da abertura folicular pode se aglutinar, tornando-se homogênea e de coloração cinza. No lentigo maligno melanoma avançado, áreas de regressão podem estar presentes⁽⁶⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹³⁾.

Aumento da densidade da rede vascular e imagens em alvo dentro da lesão também podem ser encontrados na dermatoscopia⁽¹³⁾.

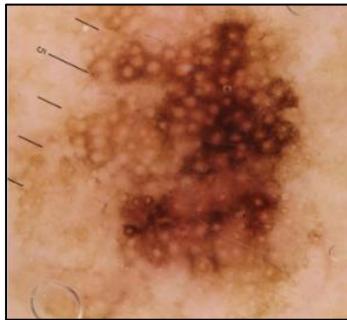
Os métodos cirúrgicos, com margens de excisão de 5-10 mm são o mais recomendados, porém a cirurgia micrográfica de Mohs é considerada o tratamento de escolha por diminuir a recorrência da lesão. Os tratamentos não cirúrgicos (crioterapia, radioterapia, terapia fotodinâmica e imiquimod), apresentam grande taxa de recorrência, sendo assim utilizado apenas quando o paciente apresenta lesões inoperáveis, ou múltiplas condições médicas que contra indicam o procedimento cirúrgico⁽¹²⁾.

Em certos estudos o imiquimod pode apresentar respostas significativas, porém ainda não se apresenta como uma droga estabilizada neste tratamento.

Checklist

- Aberturas foliculares pigmentadas assimétricas.
- Padrão anular-granular.
- Estruturas romboidais pigmentadas.
- Folículos pilosos obliterados.
- Glóbulos e pontos cinza (macrófagos com melanina da derme).

Figura 1: LMM com aberturas foliculares pigmentadas assimétricas, estruturas romboidais assimétricas e folículos pilosos obliterados.



Fonte: Original do autor.

Queratose seborreica plana

As queratoses seborreicas são tumores benignos compostos de queratinócitos epidérmicos, frequentemente pigmentados que ocorrem em pessoas com idade acima de 50 anos. Na grande maioria facilmente diagnosticada pela dermatoscopia, porém alguns casos atípicos podem clinicamente se assemelhar com tumores melanocíticos⁽⁵⁾.

A dermatoscopia da queratose seborreica faz-se através da ausência de rede pigmentada e glóbulos, devendo-se procurar estruturas semelhantes à comedos (aberturas pseudofoliculares), pseudocistos semelhantes à milias (estruturas redondas, esbranquiçadas ou amareladas que correspondem a cistos intraepidérmicos com queratina), padrão cerebriforme (descrito como giros e sulcos) e estruturas em impressão digital (encontrado em queratose seborreica plana, como finas linhas

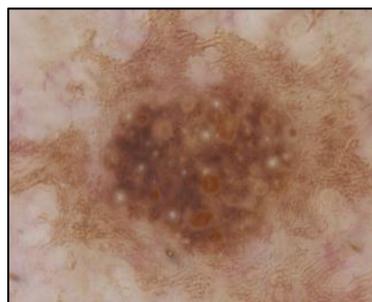
paralelas). Outras características como as bordas em roído de traça e bordas semelhantes à geleia também podem ser consideradas ⁽⁵⁻¹⁴⁾.

Não há necessidade de tratamento devido à sua natureza benigna, mas acaso for desejável poderão ser tratadas com crioterapia e eletrocauterização.

Checklist

- Aberturas pseudofoliculares.
- Pseudocistos.
- Padrão cerebriforme.
- Estruturas em impressão digital.

Figura 2: Queratose seborreica com aberturas pseudofoliculares, pseudocistos e estruturas digitiformes.



Fonte: Lallas A. et al. ⁽⁴⁾

Lentigo Solar

São lesões cutâneas benignas hiperpigmentadas (acastanhadas) adquiridas, que resultam da exposição solar crônica, comumente encontrada em indivíduos idosos e de pele clara. Histologicamente apresentam aumento da espessura epidérmica, desorganização do estrato córneo, e hiperpigmentação da camada basal da epiderme ⁽¹⁵⁾.

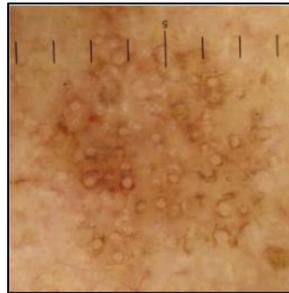
Apresentam estruturas semelhantes à impressão digital, pseudocistos córneos e áreas amarelas opacas (placas de queratina) ⁽⁵⁾.

Se desejável, o tratamento pode ser feito com laser, luz intensa pulsada, peeling químico, dentre outros procedimentos estéticos ⁽¹⁵⁾.

Checklist

- Estruturas semelhantes à impressão digital.
- Bordas em roído de traça.
- Área amarela opaca.

Figura 3: Lentigo solar com bordas em roído de traça e áreas amarela opaca.



Fonte: Original do autor.

Queratose actínica – Pigmentada e não pigmentada

As queratoses actínicas representam displasias queratinocíticas intraepiteliais na epiderme, e apresenta potencial de transformação maligna para câncer de pele não melanoma. Sua etiologia envolve tanto fatores individuais quanto ambientais, a exposição excessiva à radiação Ultra Violeta é o principal fator, sendo então prevalente na face, couro cabeludo e membros superiores. Apresentam-se como máculas, pápulas ou placas eritematosas, com bordas mal delimitadas, podem estar cobertas por escamas. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, e variar da coloração rósea às variantes eritematosas ou acastanhadas, no caso das queratoses actínicas pigmentadas⁽¹⁶⁾.

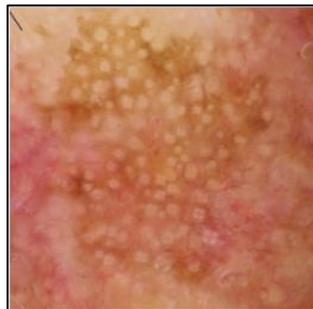
Na dermatoscopia a queratose actínica apresenta eritema formando uma pseudorrede com pigmentação assimétrica das aberturas foliculares, já nas lesões pigmentadas pode-se observar uma pseudorrede acastanhada que poupa os óstios foliculares. Apresentam também vasos finos (telangectasias), escamas, padrão em morango (aberturas foliculares preenchidas por plugs queratóticos) e “sinal da roseta” (visto na luz polarizada, como um trevo de quatro folhas)⁽¹⁰⁻¹⁶⁾.

Há uma significativa variedade de opções terapêuticas para as queratoses actínicas, como os métodos ablativos ou cirúrgicos e de tratamento medicamentoso tópico (5-fluorouracil, imiquimod, crioterapia), não se esquecendo da orientação sobre foto proteção ⁽¹⁶⁾.

Checklist

- Pseudorrede róseo-avermelhada.
- Pseudorrede acastanhada.
- Escamas branco-amareladas.
- Vasos finos e ondulados.
- Padrão em morango.
- Rosetas.

Figura 4: Queratose actínica pigmentada com pseudorrede acastanhada, rosetas, vasos finos.



Fonte: Original do Autor.

Queratose liquenoide plana

Lesão benigna em áreas de fotoexposta, frequentemente encontrada em indivíduos de pele branca, entre os 50-70 anos de idade. Clinicamente pode variar de placa a pápula bem delimitada de coloração acastanhada, eritematosa ou violácea, com a superfície plana ou verrucosa e esporadicamente descamativa. A forma mais comum, plana eritematosa, apresenta na epiderme uma acantose com hiperqueratose, a nível dérmico um intenso infiltrado inflamatório liquenóide composto por linfócitos ⁽¹⁷⁾.

Pontos e glóbulos nas lesões iniciais, formando um padrão granular localizado composto por melanóforos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Não se faz necessário tratamento por ser uma lesão benigna, porém bons resultados são vistos nos tratamentos com crioterapia e eletrocauterização⁽¹⁷⁾.

Checklist

- Padrão granular.
- Pontos e glóbulos.

Figura 5: Queratose liquenóide plana com padrão granular.



Fonte: Original do autor.

Carcinoma basocelular superficial

Dentre os tumores de pele o carcinoma basocelular é o menos agressivo, predominante em idosos de fototipo baixo, e de sexo masculino⁽¹⁹⁾.

Clinicamente apresenta-se como uma mácula ou placa de coloração que pode variar do rosa avermelhado, a marrom e pode ser confundido com eczema ou tínea⁽²⁰⁾.

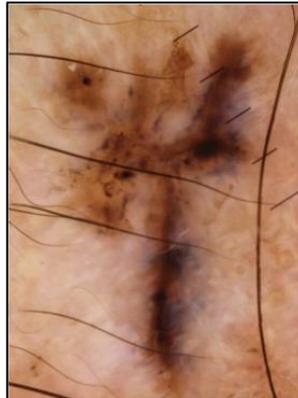
Na dermatoscopia podemos observar vasos arboriformes paralelos à epiderme, telangectasias e áreas sem estruturas de coloração brancas e vermelhas. No carcinoma basocelular pigmentado também pode ser visualizado ilhas de pigmento com tamanhos variados (ninhos ovóides), estruturas radiadas (projeções radiais marrons, formadas por células epiteliais basalóides pigmentadas), projeções digitiformes⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

As principais alternativas terapêuticas são criocirurgia, exérese e a cirurgia micrográfica de Mohs⁽¹⁹⁾.

Checklist

- Vasos arboriformes.
- Glóbulos.
- Ninhos ovoides.

Figura 6: Carcinoma Basocelular Superficial com glóbulos e estruturas radiadas.



Fonte: Original do autor.

Este artigo traz um checklist das características que podem estar presente em cada lesão plana da face, facilitando o diagnóstico precoce de lesões malignas. Apesar de apresentarem certa semelhança clínica, a necessidade de um diagnóstico correto, se possível sem a realização de biópsia, se faz necessário devido apresentarem diferenças significativas em seus tratamentos.

Um estudo realizado por Tschandl em 2017 sugeriu que ao invés de procurar por características malignas, procurar por características que condizem com lesões benignas para descartar o diagnóstico de lesões malignas, facilitando o diagnóstico ⁽²¹⁾.

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem por finalidade listar as características das lesões, podendo assim facilitar o diagnóstico de cada uma delas, e mesmo com estas informações disponíveis, ainda há dificuldade diagnóstica, para as quais a biópsia é o padrão ouro.

O diagnóstico das lesões planas da face apresenta certa dificuldade na sua diferenciação, devido às características da pele nesta localização do corpo, e também pelo dano solar que predispõe aos tumores de pele fotoinduzidos. A dermatoscopia tem sido utilizada durante o exame clínico para o diagnóstico diferencial das lesões por apresentar boa sensibilidade e especificidade na avaliação das lesões planas da face.

Ressaltando que focar em encontrar um diagnóstico das lesões acarreta muitas vezes em um número aumentado de biópsias, ao invés disso procurar por pistas que condizem com lesões benignas é uma forma de ajudar na decisão terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Carmo GC, Silva MR. Dermoscopy: basic concepts. *International Journal of Dermatology*. [Internet]. 2008;47:712–719. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2008.03556.x>
2. Rezze GG, Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2006;(3):261-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000300009
3. Frange VMN, Arruda LHF, Daldon PEC. Dermatoscopia: importância para a prática clínica. *Rev. Ciênc. Méd.* [Internet]. 2009;18(4):209-215. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Dermatoscopia%3A+import%C3%A2ncia+para+a+pr%C3%A1tica+cl%C3%ADnica&btnG=
4. Lallas A, et al. Diagnosis and management of facial pigmented macules. *Clinics in dermatology*. [Internet]. 2014;32(1):94-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.05.030>
5. Rezze GG, Paschoal FM, Hirata SH. *Atlas de Dermatoscopia Aplicada*. São Paulo: Lemar; 2014. p129-138.
6. Stolz W, Schiffner R, Burgdorf WHC. Dermoscopy for facial pigmented skin lesions. *Clinics in Dermatology*. [Internet]. 2002;20:276–278. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12074867/>
7. Mendes, MST. Correlação clínica, dermatoscópica e histopatológica das lesões pigmentadas planas da face. [Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde][Internet]. [Brasília(DF)]: Universidade de Brasília; 2016. 106p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21619>.
8. Botello LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. [Internet]. 2011;5(1):121-136. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.122011>
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. [Internet]. 2010;8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org//10.1590/s1679-45082010rw1134>
10. Lallas A, et al. The dermoscopic inverse approach significantly improves the accuracy of human readers for lentigo maligna diagnosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. [Internet]. 2021;84(2):381-389. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32592885/>
11. Pralong P, et al. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. *British Association of Dermatologists*. [Internet]. 2012;167(2):280-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22404578/>
12. Juha'sz MLW, Marmur ES, Reviewing Challenges in the Diagnosis and Treatment of Lentigo Maligna and Lentigo-Maligna Melanoma. *Rare Cancers Ther*.

- [Internet]. 2015;3:133–145. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182482/>
- 13.** Nascimento MM, Shitara DI, Yamada S. Dermatoscopia das lesões pigmentadas na face: um desafio diagnóstico. *Surg Cosmet Dermatol*. [Internet]. 2013;5(4):351-3. Disponível em: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/detalhe-artigo/304/Dermatoscopia-das-lesoes-pigmentadas-na-face--um-desafio-diagnostico>
 - 14.** Braun RP, et al. Dermoscopy of Pigmented Seborrheic Keratosis: A Morphological Study. *Arch Dermatol*. [Internet]. 2002;138(12):1556-1560. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/479104>
 - 15.** Bernardes PGS, et al. Lentigo Solar Senil - Alternativas de Tratamento Disponíveis no Mercado Estético. *J Health Sci*. [Internet]. 2018;20(4):283-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970627?src=similar docs>
 - 16.** Reinehr CPH, Bakos RM. Ceratoses actínicas: revisão dos aspectos clínicos, dermatoscópicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2019;94(6):637-657. Disponível em: <http://journal.anaisdedermatologia.org.br/pt-ceratoses-actinicas-revisao-dos-aspectos-articulo-S2666275219300773>
 - 17.** Magliano JL, et al. Queratosis Liquenoide Benigna. *Rev. Chilena Dermatol*. [Internet]. 2010;26(3):280-283. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=569984&indexSearch=ID>
 - 18.** Syer P, et al. Guia Ilustrado de dermatoscopia. In: tradução Denise Costa Rodrigues.[et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p183.
 - 19.** Conto BC, Ferreira LS, Oliveira JK. Abordagem clínica e Dermatoscópica das Principais Neoplasias de Pele. *Acta méd*. [Internet]. 2012;33(1):[7]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881484>
 - 20.** Gulia A, et al. Pigmented reticular structures in basal cell carcinoma and collision tumours. *British Journal of Dermatology*. [Internet]. 2010;162(2): 442-444. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19754866>
 - 21.** Tschand P, et al. Seven Non-melanoma Features to Rule Out Facial Melanoma. *Acta Derm Venereol*. [Internet]. 2017;97(10):1219-1224. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28761960>