

Compêndio de Dermatologia Prática

Correlação Clínica, Dermatoscópica e Histopatológica

Maria Victória Quaresma
Neusa Sakai Valente
Paulo Ricardo Criado

Atheneu

Compêndio de Dermatologia Prática

Correlação Clínica, Dermatoscópica e Histopatológica



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Compêndio de Dermatologia Prática

Correlação Clínica, Dermatoscópica e Histopatológica

Maria Victória Quaresma
Neusa Sakai Valente
Paulo Ricardo Criado

Com mais de 800 imagens, bem como ilustrações e tabelas sempre contextualizando a clínica dermatológica com a dermatoscopia e a histopatologia.

Com *Chave para o dia a dia da consulta dermatológica*; tipo mapa mental, disponível em QR Code.

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2025

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: FK Estudio

Produção Editorial: Know-How Desenvolvimento Editorial

Agradecimentos: Maruzia Dultra e Ana María Cabezas.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C734

Compêndio de dermatologia prática : correlação clínica, dermatoscópica e histopatológica / editores Maria Victória Quaresma, Neusa Sakai Valente, Paulo Ricardo Criado. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.

il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-388-1202-9

1. Dermatologia. 2. Pele - Doenças. I. Quaresma, Maria Victória. II. Valente, Neusa Sakai. III. Criado, Paulo Ricardo.

CDD: 616.5

25-98825.0 CDU: 616.5

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

20/06/2025 26/06/2025

Quaresma MV, Valente NS, Criado PR.

Compêndio de Dermatologia Prática – Correlação Clínica, Dermatoscópica e Histopatológica

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.

SEÇÃO 1

Introdução à Dermatologia Prática

PARTE 1

Fundamentos

1 Avaliação Clínica

Maria Victória Quaresma | Rodrigo Barbosa de Oliveira Brito | Juliana Girardi | Neusa Sakai Valente | Paulo Ricardo Criado

Introdução

As lesões elementares representam quaisquer alterações na pele, que podem ser determinadas por diferentes etiologias. As lesões são classificadas com base em sua morfologia, sua textura, sua cor, sua distribuição e seu tamanho. Essa caracterização detalhada é obtida na semiologia dermatológica em diferentes etapas, destacando-se a inspeção como o elemento semiótico de maior expressão. Considera-se que o reconhecimento das lesões elementares é a etapa mais importante no diagnóstico; portanto, é descrito neste capítulo como o primeiro passo para a elaboração diagnóstica das dermatoses humanas.

Terminologia dermatológica

Conceitos históricos e atuais

Por séculos, manuais de dermatologia têm apresentado definições de termos dermatológicos comuns. No entanto, essas definições, frequentemente, refletem tradições locais e nacionais, resultando em variações significativas. É de extrema importância realizar uma revisão histórica dos eventos e estudos que contribuíram para a formação da dermatologia atual. Investigar os processos históricos que moldaram essa área de conhecimento é essencial para enriquecer a prática profissional.

Originalmente, a palavra "dermatologia" deriva do grego e sua tradução significa "o estudo da pele". De acordo com o *Dicionário Aurélio* (2014), trata-se de um ramo da ciência médica que discursa acerca do diagnóstico e tratamento das doenças que afetam a pele. Pode-se entender também que a dermatologia envolve o estudo anatomofisiológico de todos os processos que acontecem no sistema tegumentar, seja ele superficial, intermediário ou profundo.

A história da dermatologia moderna surgiu na Europa, particularmente na França, entre os séculos XV e XVI, quando os médicos clínicos começaram a demonstrar interesse pelas doenças de pele. Em 1840, Alphonse Devergie, médico do Hospital Saint-Louis em Paris e um dos pioneiros da medicina forense, exibiu, numa exposição, pinturas em aquarela retratando manifestações cutâneas por ele observadas.

Apesar dessa data histórica, pode ser concebível que o preâmbulo dessa especialidade já era introduzido a partir da célebre definição da medicina por Hipócrates (460-375 a.C.), que a descreveu como uma "verdadeira arte". No entanto, a criação da dermatologia como é conhecida atualmente começou no final do século XVIII e atingiu seu ápice no século XX, sendo a França, a Inglaterra e a Áustria seus três países berço.

Apesar do conhecimento secular da terminologia das lesões elementares, a nomenclatura utilizada no ensino da semiologia dermatológica ainda esteia nos modelos semânticos primaciais, sendo inquestionável o papel meritório desses modelos na semiologia dermatológica atual.

Historicamente, como princípio da terminologia das lesões elementares, dois modelos semânticos foram considerados como alicerces, conforme descrição a seguir.

Modelo essencialista

Modelo proposto por Robert Willan (1757-1812), foi continuado por seu discípulo Thomas Bateman no final do século XVIII. A teoria essencialista se baseava na descrição da lesão, considerando suas características morfológicas, como elevação, consistência, tamanho e profundidade, bem como sua evolução clínica, ou seja, a transformação da lesão em sua vida útil, e não apenas sua descrição no exato momento em que ela é observada.

Modelo nominalista

Foi proposto por Ferdinand Hebra (1816-1880) na metade do século XIX. Em contrapartida, no modelo nominalista, Hebra excluiu a evolução morfológica da lesão elementar e adotou uma terminologia objetiva com base nos critérios visíveis da lesão após observação (*status praesens*). Hebra estabeleceu em Viena a mais renomada escola de Dermatologia da época, que manteve por 50 anos, período durante o qual atraiu a atenção de colegas de diversas partes do mundo que lá estagiaram.

Em 1987, Winkelmann publicou a primeira versão da Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) como "Glossário de lesões dermatológicas básicas". Assim, 25 anos depois (o equivalente a uma geração), a ILDS decidiu revisar e expandir essa versão original do glossário, e um comitê sobre nomenclatura foi estabelecido.

Em junho de 2012, a ILDS realizada em Berlim criou o "Glossário de lesões básicas de dermatologia", na qual as definições foram discutidas e aperfeiçoadas. Uma nova revisão desse glossário foi realizada em 2016, contendo uma pluralidade de termos definidos com uma linguagem dermatológica singular em todo o mundo. A esperança é que esse glossário ILDS revisado sirva de base para traduções e adaptações locais, inclusive por sociedades nacionais e revistas científicas. Obviamente, esse será um processo contínuo, uma vez que a versão final do glossário seja disponibilizada para as sociedades-membros da ILDS e para a comunidade dermatológica. Resta determinar se outros 25 anos se passarão antes que novas revisões sejam propostas, ou se revisões adicionais virão antes do ano 2041.

A existência de uma nomenclatura claramente definida é fundamental para uma comunicação eficaz, desde conversas do dia a dia até a troca de conhecimento científico em escala global entre dermatologistas e profissionais que tratam de pacientes com doenças de pele. No entanto, a terminologia das lesões elementares, que antes era composta por termos compreensíveis, agora parece ser confusa e complexa. Esse novo cenário possivelmente é resultado da diversidade de termos incorporados na prática dermatológica, especialmente nos últimos anos. Além disso, ao examinar os livros considerados como padrões no ensino da dermatologia, é possível constatar que eles apresentam descrições divergentes para determinadas lesões elementares.

Diante desse cenário, essas diferenças de terminologia destacam a lacuna persistente nas nomenclaturas atuais, que pode causar mal-entendidos no ensino médico de graduação e na formação de profissionais da área. É evidente que esse assunto requer ação diligente, especialmente no que diz respeito à falta de uma terminologia amplamente aceita, o que representa um retrocesso na semiologia dermatológica primordial.

Apesar de ainda não haver uma nomenclatura consensual para designar as lesões elementares, neste capítulo a terminologia selecionada é a mais aludida nos diferentes livros de referência na semiologia dermatológica, nos quais as lesões elementares são categorizadas em cinco grupos bem definidos:

- Alterações de cor.
- Formações sólidas.
- Coleções líquidas.
- Alterações da espessura.
- Perdas e reparações teciduais.

Embora essa classificação prévia seja amplamente aceita, é comum encontrar outras terminologias que descrevem as lesões elementares de maneira diferente. A título de exemplo, existe uma nomenclatura que categoriza as lesões elementares de modo distinto, em: "primárias", quando surgem sem a influência de outras alterações; e "secundárias", aquelas que se desenvolvem a partir de uma lesão primária. Além disso, é importante que os estudantes e residentes compreendam as preferências didáticas e os motivos por trás delas.

A identificação e a classificação das lesões cutâneas constituem passos importantes para o diagnóstico de qualquer lesão de pele. Usar a terminologia adequada para descrever as descobertas da pele é essencial, tanto para documentação como para comunicação com outros médicos. O esforço para usar termos descritivos precisos também encoraja um clínico a examinar com mais cuidado e mais de perto as lesões de pele de um paciente.

Semiologia dermatológica

A semiologia dermatológica é uma etapa inicial no processo de aprendizado que possibilita o reconhecimento das lesões elementares a partir da inspeção visual de todo o tegumento. A incorporação desse elemento semiótico é indispensável na

elaboração diagnóstica de inúmeras dermatoses. O objetivo primordial, ao compreender essas lesões elementares na prática dermatológica, é alcançar um diagnóstico mais preciso. Isso ocorre porque a identificação de certas características permite ampliar a formulação de hipóteses, incluindo várias dermatoses em ordem de maior probabilidade diagnóstica.

A abordagem semiótica no exame dermatológico mantém os princípios da semiologia médica, mas difere no sentido de que o exame físico, frequentemente, antecede a própria anamnese. A anamnese é direcionada pelos achados do exame dermatológico objetivo que serão abordados neste capítulo, sendo complementada pelo exame subjetivo.

Assim, é evidente que o estudo da semiologia dermatológica deve ser priorizado no processo de aprendizado das doenças de pele, uma vez que o diagnóstico dermatológico é principalmente guiado pelo exame clínico, que envolve o reconhecimento das lesões elementares. É por meio da combinação dessas lesões elementares que surgem os sinais morfológicos que caracterizam as doenças de pele.

Exame dermatológico objetivo

Compreende quatro atos médicos fundamentais, que são caracterizados pelos métodos descritos a seguir.

Inspeção

É um método essencial na prática do exame dermatológico, envolvendo a observação visual e o reconhecimento das alterações na pele. A inspeção deve abranger toda a superfície da pele, incluindo os fâneros (como os cabelos, os pelos corpóreos e as unhas) e as mucosas. Além disso, é importante destacar que o exame deve ser realizado em um ambiente bem iluminado, de preferência com luz solar ou luz fluorescente posicionada atrás do examinador.

O exame físico dermatológico geralmente começa com a inspeção dos achados dermatológicos, com foco em determinados achados cruciais para o diagnóstico. Existem algumas técnicas que podem aprimorar a qualidade do exame físico. Por exemplo, em casos de erupções cutâneas disseminadas, é recomendável iniciar o exame a uma distância de 1 a 2 m para obter-se uma visão panorâmica e, posteriormente, aproximar-se a uma distância de 20 a 30 cm para uma avaliação mais detalhada.

A seguir, estão listados alguns aspectos indispensáveis no exame dermatológico:

- **Identificar o tipo de lesão presente:** máculas, pápulas, nódulos, vesículas, bolhas, pústulas, erosões, úlceras, placas, entre outros.
- **Observar a existência de alterações secundárias:** crostas, escamas, fissuras, erosões ou ulcerações.
- **Determinar a cor da lesão:** vermelha a marrom, branca, preta, amarelada ou outras tonalidades.
- **Descrever a forma da lesão:** circular, oval, linear, irregular, entre outras possibilidades.

- **Observar o arranjo e a distribuição da lesão:** dispostas de forma particular, em grupos, linearmente, em anel etc.
- **Registrar a localização e a distribuição:** registrar a localização exata das lesões no corpo do paciente, bem como sua distribuição, se são generalizadas, localizadas em áreas específicas ou simétricas.

Palpação

A palpação é utilizada para verificar a presença de lesões sólidas na superfície da pele. Envolve a avaliação da consistência (amolecida, endurecida ou pétrea), bem como a medição de sua espessura, mobilidade, temperatura, tamanho, extensão e profundidade de seus limites, além da determinação de dor ao toque ou não.

O método de pinçamento digital da pele, conforme representado na Figura 1.1, oferece informações sobre a consistência e a espessura das lesões cutâneas. Esse procedimento envolve o deslizamento das polpas dos dedos indicador, médio e anular sobre a área afetada e sua região circundante, com o objetivo de verificar a presença de elevações na pele e alterações na textura de sua superfície.



Figura 1.1. Avaliação clínica. Palpação. O pinçamento digital da pele fornece dados sobre a consistência e a espessura: deslizando-se as polpas digitais dos dedos indicador, médio e anular sobre a área alterada e sua vizinhança, para se constatar a ausência de qualquer elevação da pele e alterações da textura da sua superfície. Note o difícil pregueamento da pele, alteração da espessura com aumento da consistência firme e aderente aos planos profundos, achados que caracterizam a esclerose.

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

A palpação de outras estruturas também é relevante no diagnóstico de certas doenças, como a palpação dos nervos periféricos, que pode revelar espessamento ou causar dor, sendo um achado significativo no diagnóstico da hanseníase. Essa doença

ainda é endêmica no Brasil e a palpação dos nervos periféricos desempenha um papel importante na identificação de possíveis sinais da condição.

A dor à palpação também pode ser uma pista para o diagnóstico de alguns tumores cutâneos. Esses tumores podem ser elencados pelo acrônimo mnemônico criado em língua inglesa denominado "ENGLAND", no qual cada letra representa um tipo de tumor da pele:

- **E**spiroadenoma écrino.
- **N**euroma.
- **G**lômico (tumor).
- **L**eiomioma.
- **A**ngiolipoma.
- **N**eurilemoma.
- **D**oença de Dercum ou lipomatose dolorosa.

Digitopressão ou vitropressão

Aplica-se pressão sobre a lesão utilizando-se os dedos (digitopressão) ou uma lâmina de vidro (vitropressão), resultando na interrupção temporária do fluxo sanguíneo na área da pele pressionada. Essa técnica pode ser valiosa para distinguir entre eritema e púrpura: o eritema tende a desaparecer quando a pressão é aplicada, como é possível observar na Figura 1.2, enquanto a púrpura permanece visível e não muda de cor quando submetida à pressão.



Figura 1.2. Avaliação clínica. Digitopressão. Coloração avermelhada da pele, caracterizada por uma lesão plana, sem alterações do relevo ou textura da pele associada à vasodilatação cutânea, com aumento do fluxo e do aporte sanguíneo, definida por eritema. Note que o eritema desaparece com a digitopressão.

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Compressão

O método permite avaliar edemas por meio da aplicação de pressão digital na pele por pelo menos 5 segundos, criando o chamado "sinal do cacifo" ou "sinal de Godet". Além disso, possibilita a avaliação da presença de dermografismo (uma forma de urticária física), ao realizar-se uma compressão linear sobre a pele, usando-se um instrumento chamado dermografômetro ou qualquer objeto que tenha uma ponta romba. Esse procedimento ajuda a identificar reações cutâneas anormais que podem estar relacionadas a condições médicas específicas.

Exame dermatológico subjetivo

Trata-se da investigação de sinais e sintomas subjetivos que podem fornecer informações úteis no processo de diagnóstico, especialmente quando esses achados são interpretados em conjunto com os aspectos morfológicos das lesões identificadas no exame físico, como:

- A presença de sintomas como prurido, febre, queimação, ardor ou dor pode fornecer pistas valiosas para o diagnóstico.
- A relação temporal da intensidade do sintoma, ou seja, se ocorre durante o dia, à tarde ou à noite, pode ser relevante para a investigação da condição.
- A evolução do sintoma, se é contínua ou intermitente, ajuda a compreender a dinâmica da condição.
- A intensidade do sintoma, como prurido discreto ou prurido intenso (como na escabiose e no líquen plano), é um detalhe importante a ser considerado.
- Sintomas como hipostesia (diminuição da sensibilidade) ou anestesia (perda da sensibilidade) são relevantes para o quadro clínico.
- Com relação ao sintoma de dor e afecções relacionadas: dor forte, intensa e segmentar sugere a possibilidade de herpes-zóster; dor menos intensa, localizada e paroxística pode ser encontrada em certos tumores, como os tumores glômicos.

Esses aspectos relacionados aos sintomas ajudam no diagnóstico e na diferenciação de diversas condições dermatológicas, contribuindo para uma avaliação mais precisa e direcionada.

Anamnese dermatológica

A palavra "anamnese" (do grego, *ana,* "trazer de novo", e *mnesis,* "memória") refere-se a uma entrevista realizada pelo profissional de saúde com o seu paciente, com a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Na dermatologia, mesmo que a anamnese seja direcionada pelos achados dermatológicos, é crucial obter a história clínica completa por meio de certos questionamentos, como:

- **Existência de sintomas:** febre, prurido, ardor ou dor.
- **Padrão temporal dos sintomas:** agudos, subagudos, crônicos ou intermitentes.
- **História evolutiva dos sintomas:** incluindo a duração.

- **Presença de fatores que podem atenuar ou agravar os sintomas:** como exposição solar relacionada a fotodermatoses.
- **Uso de medicações:** tanto tópicas quanto sistêmicas (isso é particularmente importante em casos de suspeita de erupções medicamentosas).
- **Exposição ocupacional a agentes químicos ou físicos:** que possam estar relacionados às condições de pele.
- **Identificação de fatores que possam perpetuar a condição:** como reinfecção em infecções sexualmente transmissíveis ou reinfestação, como no caso de escabiose.
- **Questionamento sobre antecedentes pessoais e familiares do paciente:** incluindo a presença de desordens dermatológicas atuais ou pregressas.

Esses questionamentos abrangentes permitem uma avaliação completa do histórico clínico do paciente, auxiliando no diagnóstico e no tratamento adequados de condições dermatológicas.

Lesões elementares

Chamam-se "lesões elementares" as alterações na pele causadas por diversos processos patológicos, como processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, neoplásicos, distúrbios metabólicos ou defeitos de formação, entre outros. Neste tópico, será fornecida uma compreensão conceitual dos diferentes tipos de lesões elementares (Figura 1.3), mantendo-se a classificação anterior que as divide em cinco grupos, com base nas características primárias das lesões: 1) alterações na cor; 2) formações sólidas; 3) coleções líquidas; 4) alterações na espessura; e 5) perdas e reparos dos tecidos. Além disso, serão abordadas várias patologias relacionadas a essas alterações cutâneas, destacando-se suas características mais comuns.

Alterações de cor

São as chamadas "alterações circunscritas da cor da pele", que não apresentam mudanças na espessura ou textura da pele, ou seja, não têm relevo ou depressão.

Mácula e mancha

Mácula e mancha são termos usados para descrever qualquer alteração na cor da pele que não tenha relevo ou depressão. A cor da pele pode variar em tonalidades, como branca, avermelhada, acastanhada, enegrecida e outras. A diferença entre mácula e mancha está no tamanho da lesão: as máculas apresentam diâmetro menor que 1 cm; e as manchas, diâmetro maior que 1 cm (como elucidado nas Figuras 1.3.A1 e A2, respectivamente).

Manchas pigmentares

As máculas/manchas pigmentares ou discromias resultam de diminuição ou aumento de melanina, ou depósitos de outros pigmentos e substâncias na derme, de origem endógena ou exógena. Podem ser segmentadas em alterações envolvendo os seguintes pigmentos: melânico, endógenos e exógenos.

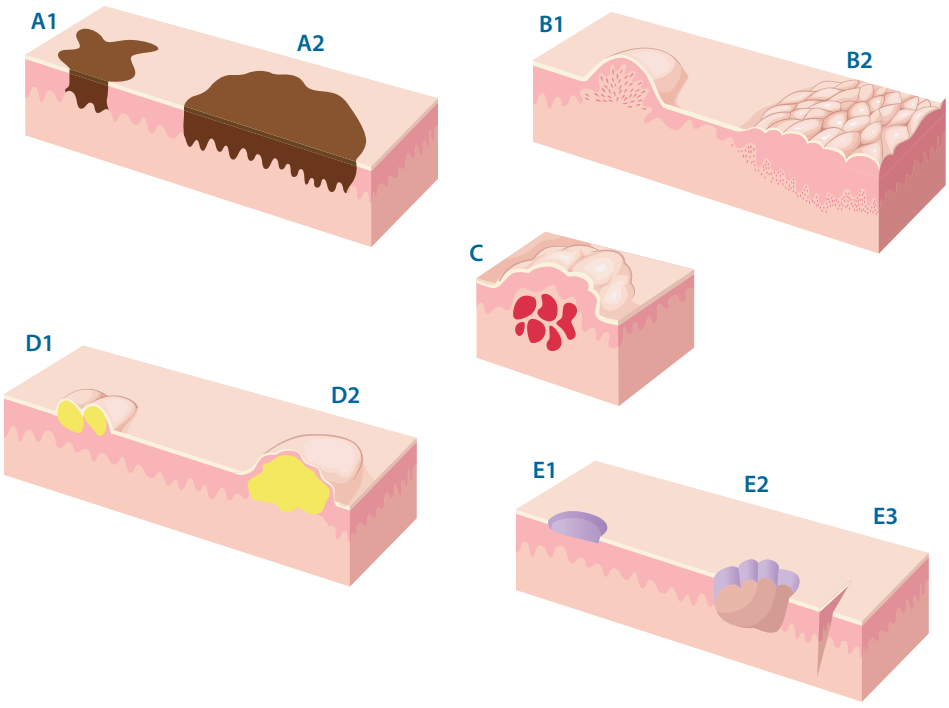


Figura 1.3. Avaliação clínica. Representação esquemática das lesões elementares: (**A1**) mácula hipercrômica: alteração circunscrita na cor da pele, sem alterações do relevo ou da textura local, definida por uma coloração escurecida por aumento de pigmento melânico; (**A2**) mancha: termo designativo para mácula de dimensões maiores que 1 cm; (**B1**) pápula: lesão sólida, circunscrita, elevada e menor que 1 cm; (**B2**) placa: lesão elevada, de superfície geralmente plana, superior a 1 cm, podendo ser formada pela confluência de pápulas; (**C**) nódulo: lesão sólida, circunscrita, saliente ou não, sendo tipicamente mais palpável do que visível; (**D1**) vesícula: lesão de conteúdo líquido com elevação circunscrita de até 1 cm; (**D2**) bolha: difere-se da vesícula apenas pelo tamanho, que é maior que 1 cm; (**E1**) erosão: perda de tecido cutâneo superficial, somente de epiderme; (**E2**) ulceração: perda circunscrita de epiderme e derme, podendo atingir hipoderme ou tecidos subjacentes; (**E3**) fissura: perda linear de epiderme e derme, que não foi feita por um objeto cortante, comum no contorno de orifícios naturais ou nas áreas de dobras.

Fonte: Adaptada de Wikipedia, 2005.

Alterações pelo pigmento melânico

As discromias relacionadas ao pigmento melanina, responsável pela coloração da pele, podem ser classificadas em três categorias distintas:

- **Máculas/manchas hipercrômicas:** essa alteração na cor da pele é decorrente de um aumento da produção de melanina, resultando em diferentes tonalidades. Um exemplo comum é observado na Figura 1.3.A1, com a cor acastanhada da pele em casos de melasma (também Figura 1.4.A).
- **Máculas/manchas hipocrômicas:** nesse caso, há uma redução na pigmentação da pele, causando diminuição da coloração. Um exemplo é a pitiríase

versicolor, uma condição em que partes da pele ficam mais claras que o normal (Figura 1.4.B).

- **Máculas/manchas acrômicas:** são caracterizadas pela completa ausência de pigmentação, resultando em áreas da pele sem cor, de tonalidade branco-leite. Exemplos incluem o vitiligo, uma condição em que ocorre a perda de melanina, causada pela destruição dos melanócitos (Figura 1.4.C).



A



B



C

Figuras 1.4. **A.** Avaliação clínica. Alterações de cor da pele pelo pigmento melânico: mancha hipercrômica (melasma).
B. Avaliação clínica. Alterações de cor da pele pelo pigmento melânico: mancha hipocrômica (pitiríase versicolor).
C. Avaliação clínica. Alterações de cor da pele pelo pigmento melânico: mancha acrômica (vitiligo).

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Alterações por pigmentos endógenos

Essas alterações pigmentares endógenas podem ser indicativas de problemas de saúde subjacentes e são importantes para o diagnóstico médico adequado.

- **Alterações pigmentares pelo aumento de hemossiderina:** essas manchas estão relacionadas ao depósito de ferro na pele, o que resulta em um escurecimento. Esse fenômeno pode ocorrer, por exemplo, em situações de hemorragias internas que liberam hemossiderina na derme, como as equimoses.
- **Alterações pigmentares pelo aumento de bilirrubina:** o aumento dos níveis de bilirrubina no organismo pode resultar em uma coloração amarelada da pele e das mucosas. Isso é comum em condições médicas que afetam o metabolismo da bilirrubina, como a icterícia, que ocorre quando há um acúmulo excessivo de bilirrubina no sangue em razão de problemas no fígado ou na vesícula biliar.

Alterações por pigmentos exógenos

Essas alterações pigmentares exógenas estão frequentemente relacionadas a fatores dietéticos, exposição ambiental e uso de medicamentos; e podem ser reversíveis com a identificação e a interrupção da causa subjacente.

- **Caroteno:** o excesso dessa substância na dieta pode causar a carotenodermia, que se manifesta como uma pigmentação amarelada da pele, especialmente nas plantas e nas palmas, decorrente do depósito de caroteno ou provitamina A. Essa condição é resultado da ingestão exagerada de alimentos ricos em caroteno, como mamão, manga, cenoura, tomate, beterraba e outros vegetais e frutas.
- **Metais:** alguns metais, quando depositados na pele, podem causar manchas escurecidas. Isso pode ocorrer em situações de exposição ocupacional a metais ou como resultado de contaminação ambiental.
- **Fármacos:** o uso de certos medicamentos pode causar distúrbios na pigmentação da pele. Exemplos incluem: a amiodarona, que pode causar hiperpigmentação azul-acinzentada; a minociclina, que está associada à hiperpigmentação cutânea azulada; e a clofazimina, usada no tratamento da hanseníase, que pode resultar em hiperpigmentação vermelha a marrom.

Máculas/manchas vasculossanguíneas

As alterações vasculossanguíneas podem ser divididas nos seguintes grupos: distúrbios circulatórios transitórios, distúrbios vasculares permanentes e sufusões hemorrágicas.

Distúrbios circulatórios transitórios

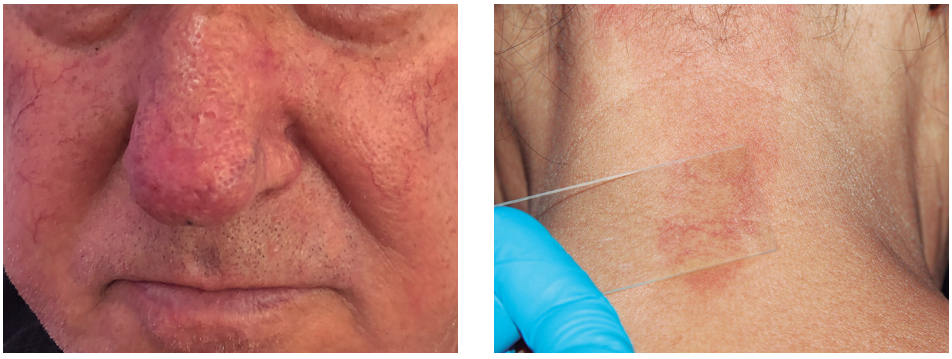
Essas alterações envolvem problemas temporários na circulação sanguínea. São elas:

- **Eritema:** coloração avermelhada da pele, caracterizada por uma lesão plana, sem alterações do relevo da pele. É provocada por vasodilatação cutânea, aumento do fluxo e do aporte sanguíneo. A coloração vermelha do eritema causada por vasodilatação desaparece com a dígito ou vitropressão, como se observa na Figura 1.2. A manobra semiológica de digitopressão é importante para diferenciar o eritema das manchas hemorrágicas que não desaparecem com a manobra.
- **Enantema:** corresponde ao eritema que ocorre nas mucosas.
- **Exantemas:** são erupções cutâneas com eritema disseminado, com início súbito e evolução aguda. O exantema maculopapuloso apresenta máculas e pápulas na pele, enquanto o exantema morbiliforme se apresenta quando há áreas de manchas entremeadas com pele sã, sendo exemplificado pelo sarampo. Já o exantema escarlatiniforme resulta em eritema generalizado e pele áspera, frequentemente no tronco.
- **Cianose:** refere-se à coloração azulada da pele que ocorre quando a hemoglobina reduzida alcança no sangue valores superiores a 5 g/100 mλ.
- **Cianema:** corresponde à cianose que ocorre nas mucosas.

Distúrbios vasculares permanentes

São alterações decorrentes do processo de neovascularização, caracterizado pela proliferação de novas células endoteliais ou dilatação permanente. As manchas permanentes podem ser representadas pelas telangiectasias e pelos angiomas, conforme descritos a seguir:

- **Telangiectasias:** são vasos sanguíneos de pequeno calibre, visíveis na superfície da pele, os quais podem ser vermelhos ou roxos. Isso decorre da dilatação permanente de pequenos vasos e pode afetar várias partes do corpo, incluindo nariz, rosto e pernas. As telangiectasias podem ser um sintoma de várias condições médicas, entre elas problemas de circulação, exposição solar excessiva e doenças dermatológicas, como a rosácea (Figura 1.5.A).
- **Mancha angiomatosa:** apresenta cor vermelha permanente, por aumento névico do número de capilares. Esmaece parcialmente por forte digitopressão ou vitropressão (Figura 1.5.B).
- **Mancha anêmica:** é caracterizada por uma mancha branca permanente, geralmente bem delimitada, causada por hipogenesia vascular. A vitropressão da mancha e de área circundante iguala esta à mancha, revelando haver diminuição ou ausência de vasos sanguíneos.



A B

Figuras 1.5. **A.** Avaliação clínica. Distúrbios circulatórios permanentes: presença de telangiectasias nas regiões malares (rosácea). **B.** Avaliação clínica. Distúrbios circulatórios permanentes: mancha salmão.

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Sufusões hemorrágicas

Essas alterações, também designadas como púrpuras, são manchas vermelho-arroxeadas relacionadas a hemorragias na pele, que não desaparecerem com a digitopressão. A coloração das púrpuras varia de vermelho-arroxeado a amarelo. Com o tempo, passam por mudanças de cor características: até 48 horas, são avermelhadas; de 48 a 96 horas, tornam-se arroxeadas; entre o 5º e o 6º dia, apresentam tonalidade azulada; entre o 6º e o 8º dia, ficam amareladas; após o 9º dia, retornam à cor normal da pele. Existem vários tipos, como:

- **Petéquias:** púrpuras de até 1 cm de diâmetro.
- **Víbices:** púrpuras lineares.
- **Equimoses:** púrpuras maiores que 1 cm.

Formações sólidas

As formações sólidas constituem lesões elementares em que: componentes da pele se acentuam; ou ocorre, por algum processo patogênico, acúmulo de células inflamatórias ou neoplásicas na pele.

Pápulas

São pequenas lesões sólidas, delimitadas, elevadas, cujo tamanho não excede a 1 cm, como observadas na Figura 1.3.B1. Podem ser únicas ou múltiplas; de superfície lisa ou áspera; redondas ou ovais; pontiagudas ou planas. Quando agrupadas, formam a chamada placa papulosa. Na palpação, destacam-se em relação aos planos circundantes, com bordas perceptíveis ao deslizar da polpa digital sobre a lesão. Geralmente, são causadas por processos que afetam a epiderme, eventualmente envolvendo a derme. A exemplo das inúmeras doenças de pele que podem causar pápulas, estão: líquen plano, líquen nítido, sífilis, entre outras.

Placas

Formações sólidas na pele com diâmetro maior do que 1 cm (ou 0,5 cm, dependendo da referência). Ao serem palpadas, sobressaem em relação aos planos circunjacentes, apresentando superfície plana e bordas definidas que podem ser percebidas ao toque da polpa digital sobre a lesão. Geralmente, são causadas por processos que afetam a epiderme e/ou a derme. Outra definição de placa é uma formação sólida elevada em platô com diâmetro maior do 1 cm que resulta da coalescência múltiplas pápulas, como é possível notar na Figura 1.3.B2.

Nódulo

Formação sólida que envolve as camadas mais profundas, como a derme profunda e/ou a hipoderme (Figuras 1.3.C). Varia de tamanho, mas em geral mede de 1 a 3 cm. É mais palpável do que visível, ou até mesmo não visível, como é o caso de alguns nódulos subcutâneos. A descrição do nódulo é frequentemente comparada à descrição de gânglios linfáticos, usando-se termos como "ervilha", "lentilha", "avelã" ou "ovo de codorna" para dar uma ideia do seu tamanho, podendo também ser mensurado em centímetros.

Tumor, tumoração ou nodosidade

Lesão com mais de 3 cm de tamanho. Pode ser o resultado de processos expansivos, como tumores benignos e malignos, ou estar associada a doenças de acúmulo, como no caso do tofo gotoso.

Goma

São identificadas por nódulos que passam por fases evolutivas, incluindo endurecimento, amolecimento, drenagem e reparação, em decorrência de um processo inflamatório ou infeccioso. Exemplos incluem tuberculose cutânea, sífilis terciária e outros.

Vegetação

Eflorescência que cresce para o exterior de forma irregular, em função do alongamento das papilas dérmicas (papilomatose) e da hipertrofia dos cones epiteliais interpapilares. Existem dois tipos de lesões vegetantes:

- **Verrucosa:** apresenta superfície dura, inelástica, seca e amarelada, geralmente devido à presença de hiperqueratose. A hiperqueratose (aumento da camada córnea) é o espessamento excessivo da camada externa da pele, resultando em uma textura áspera e endurecida (Figura 1.6.A).
- **Condilomatosa:** é úmida, pois a epiderme apresenta-se com camada córnea normal ou diminuída, tornando possível, assim, que haja exosserose. Essa lesão geralmente ocorre nas mucosas ou dobras (Figura 1.6.B).



A B

Figuras 1.6. **A.** Avaliação clínica. Formações sólidas. Vegetação verrucosa. Verruga vulgar. **B.** Avaliação clínica. Formações sólidas. Vegetação condilomatosa. Condiloma acuminado.
Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Coleções de conteúdo líquido

As coleções de conteúdo líquido são denominadas de acordo com seu tamanho e o tipo de seu conteúdo.

Vesícula

Lesões com diâmetro até 1 cm, contendo líquido de diferentes tipos, como líquido claro seroso, sanguinolento ou purulento. Geralmente, essas lesões estão localizadas dentro da epiderme, como demostrado na Figura 1.3.D1, podendo também ocorrer em camadas subcorneais, intraepiteliais ou subepidérmicas. Ao descrevê-las durante o exame clínico, o examinador deve observar o aspecto do conteúdo, se estão intactas ou rompidas, se estão agrupadas ou isoladas, se estão localizadas em áreas específicas ou disseminadas e se apresentam alguma disposição peculiar. Essas informações podem levantar suspeitas diagnósticas específicas. Em casos de múltiplas vesículas agrupadas, semelhantes a um "cacho de uva", sobre uma base eritematosa, onde a pele circundante fica avermelhada, deve-se considerar a possibilidade de infecção por herpes-vírus humano (Figura 1.7.A).

Bolha

Coleção de líquido com diâmetro igual ou superior a 1 cm, como representado na Figura 1.3.D2, contendo diversos tipos de conteúdo, como claro seroso, purulento ou hemorrágico, semelhante ao encontrado em vesículas. Pode estar localizada abaixo da camada córnea (subcórnea), na epiderme (intraepidérmica) ou entre a epiderme e a derme (subepidérmica). A natureza da bolha varia dependendo do nível em que se forma, podendo ser flácida e fugaz, como no caso da bolha intraepidérmica no pênfigo, ou tensa e persistente, como na bolha subepidérmica no penfigoide. Quando uma bolha é causada por queimadura, é conhecida como flictena (ver também Figura 1.7.B).

Pústula

Lesão com diâmetro de até 1 cm e de conteúdo purulento. A pústula pode ser séptica, como no impetigo ou na acne, ou asséptica, como na psoríase pustulosa (Figura 1.7.C).

Abscesso

É uma coleção de pus que excede 1 cm e se forma em uma região profunda, localizada na derme, na hipoderme ou no tecido subcutâneo. Geralmente, é acompanhado por sinais de inflamação, como edema, rubor e dor, e pode ser causado por infecção, inflamação ou degeneração tumoral. O tamanho de um abscesso pode variar. Na pele, manifesta-se como um nódulo eritematoso, que eventualmente evolui para uma coleção purulenta com a subsequente drenagem. Os abscessos podem se desenvolver a partir de condições como foliculite profunda ou outras infecções mais profundas (Figura 1.7.D).

Hematomas

São coleções de sangue que atingem planos mais profundos dos tecidos ou órgãos. Podem ser causados por traumatismos, distúrbios hematológicos ou outras causas. Nos hematomas, o extravasamento sanguíneo é suficiente para produzir elevação da pele; logo, o hematoma é uma lesão elementar classificada entre as coleções de conteúdo líquido.

Alterações de espessura

As alterações na espessura da pele englobam diversas lesões elementares que surgem em decorrência do aumento ou da diminuição da espessura da pele causados por processos patológicos que afetam suas diferentes camadas. Essas mudanças podem ser desencadeadas por fatores endógenos, ou seja, relacionados à própria pele, ou por elementos exógenos que, embora não façam parte da estrutura da pele, acumulam-se nela.

Queratose

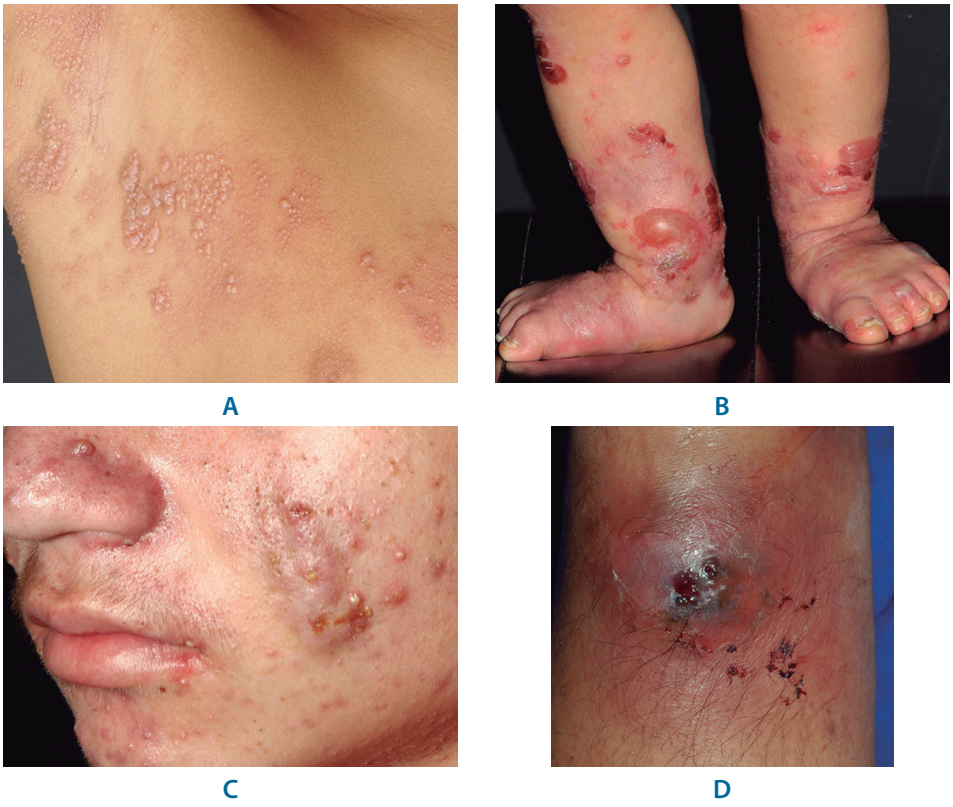
Espessamento da pele, duro, inelástico, amarelado e de superfície áspera, por aumento da camada córnea (hiperqueratose) (Figura 1.8.A).

Liquenificação

É caracterizada pelo aumento na espessura da pele, como é possível observar na Figura 1.8.B, acompanhado pela acentuação dos sulcos e da cor própria. Essa alteração na espessura decorre do atrito causado pelo prurido. Já o espessamento da pele resulta, mormente, do aumento do estrato espinhoso e pode ser observado nos eczemas crônicos.

Edema

Aumento de espessura da pele, depressível, que ocorre por extravasamento de plasma na derme e/ou na hipoderme. Pode ser identificado por meio do sinal de Godet (ou sinal do cacifo): realiza-se uma pressão digital sobre a pele por cinco segundos. Se o edema estiver presente, haverá a formação de uma pequena depressão na região pressionada que não se desfaz imediatamente após a descompressão (Figura 1.8.C).



Figuras 1.7. **A.** Avaliação clínica. Coleções de conteúdo líquido: vesícula (herpes-zóster). **B.** Avaliação clínica. Coleções de conteúdo líquido: bolha (epidermólise bolhosa). **C.** Avaliação clínica. Coleções de conteúdo líquido: pústula (acne juvenil). **D.** Avaliação clínica. Coleções de conteúdo líquido: abscesso (furúnculo).

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Esclerose

Aumento da consistência da pele, que se torna mais firme, difícil de ser pregueada entre os dedos, pelo enrijecimento consequente à proliferação de fibras colágenas (Figura 1.1). Há perda da elasticidade e da mobilidade da pele em decorrência do acúmulo do colágeno. Essa descrição reflete as características típicas das alterações na pele observadas em pessoas com esclerodermia cutânea.

Infiltração

Alteração da espessura com aumento da consistência da pele, acompanhado pelo desaparecimento dos sulcos cutâneos, ao contrário do que ocorre na liquenificação. Isso resulta da substituição ou da invasão do tecido cutâneo por células inflamatórias, neoplásicas, ou do acúmulo de material amorfo causado por doenças de depósito, como a mucina. Em certos casos, a infiltração pode ser mais evidente na palpação. Exemplos incluem a **infiltração da face**, incluindo os pavilhões auriculares; e, com madarose, forma o quadro conhecido como **fácies leonina**, característica da forma virchowiana da doença.

Atrofia

Redução da espessura da pele, de suas camadas e de outros elementos de sustentação, que pode ser causada por processos patológicos, como inflamação dérmica no lúpus cutâneo, pelo uso de certos medicamentos, como corticosteroides tópicos ou sistêmicos, ou pela exposição à radiação ionizante com a radioterapia. Durante a avaliação clínica, especificamente durante a palpação, é possível identificar essa diminuição na espessura da pele (Figura 1.8.D).

Perdas e reparações teciduais

São lesões oriundas da eliminação ou da destruição patológicas; e de reparações em tecidos subcutâneos.

Lesões por solução de continuidade

Erosão

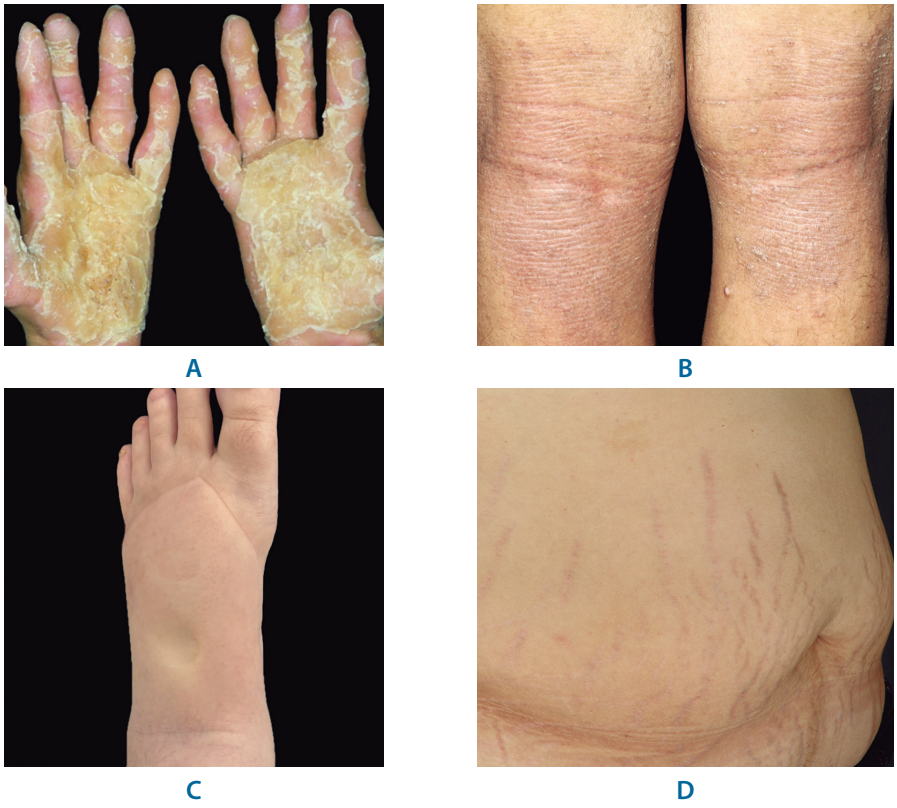
Trata-se de uma solução de continuidade da pele que compromete apenas a epiderme, sem atingir a camada germinativa ou basal, conforme elucidado na Figura 1.3.E1. Sua resolução não resulta em cicatrizes. Por exemplo, a ruptura de vesícula resultará em uma erosão. A erosão representa perda parcial do epiderme sem exposição do tecido conjuntivo subjacente (ver também Figura 1.9.A).

Escoriação

É uma erosão traumática, frequente em quedas e por coçadura (Figura 1.9.B).

Ulceração

Caracteriza-se pela perda circunscrita da epiderme e da derme, podendo atingir a hipoderme e tecidos subjacentes, conforme representado na Figura 1.3.E2.



Figuras 1.8. **A.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: queratose (queratodermia palmar). **B.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: liquenificação (dermatite atópica). **C.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: edema (sinal de Godet). **D.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: atrofia (estrias).

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Diferentemente da erosão, evolui com cicatriz em graus variados. Suas bordas podem ser elevadas ("bordas em moldura"), o que é comum nas lesões da leishmaniose tegumentar. A observação das outras características, como as do fundo da úlcera, do conteúdo do exsudato, das bordas e tecidos subjacentes, pode indicar uma causa provável ou o tratamento a ser instituído (ver também Figura 1.9.C).

Fissura

É a perda linear e estreita da epiderme e da derme, que não foi feita por objeto cortante, podendo ser causada por várias condições. Geralmente, está associada à queratose ou a descamação mais intensa, que pode resultar da restrição das áreas de maior mobilidade, como as mãos e os pés (ver também Figura 1.9.D). Também pode ser originada pela maceração (descamação e umidade) decorrente de infecções fúngicas nos espaços entre os dedos. Fissuras são frequentemente observadas nos contornos dos orifícios naturais, como nas comissuras labiais, e em áreas de dobras, como nas axilas e na região inguinal, como se nota na Figura 1.3.E3.

Lesões por eliminação espontânea ou caducas

Escamas

Caracterizam-se por uma massa laminar córnea, com aspecto e dimensões variáveis, a qual se desprende fácil e continuamente na superfície da pele. Podem ser descritas como: laminares (formando grandes retalhos); nacaradas (prateadas ou esbranquiçadas); finas e pequenas (furfuráceas ou pitiriásicas); ou oleosas (graxentas) (Figura 1.9.E). O processo patológico que conduz à formação de escamas é a paraqueratose, ou seja, a permanência de núcleos achatados na camada córnea.

Crostas

As crostas são massas ou concreções formadas pelo exsudato ressecado misturado aos restos epiteliais; e geralmente se formam na área de perda de tecido cutâneo. Podem assumir diferentes tipos, incluindo crosta serosa, crosta purulenta (também conhecida como melicérica) e crosta hemática. Cada tipo de crosta pode estar associado a diferentes condições ou processos patológicos da pele (Figura 1.9.F).

Escara

É caracterizada por uma área de necrose e tecidos desvitalizados, frequentemente com uma coloração enegrecida. Desenvolve-se como resultado de condições como pressão constante sobre a pele, provocando isquemia, necrose e eventual ulceração secundária. Isso pode ser decorrente da pressão contínua exercida pelas estruturas ósseas sobre a pele ou da perda de sensibilidade resultante da diminuição do nível de consciência em pacientes acamados e imobilizados. O conteúdo necrótico deve ser removido por meio de desbridamento.



A



B

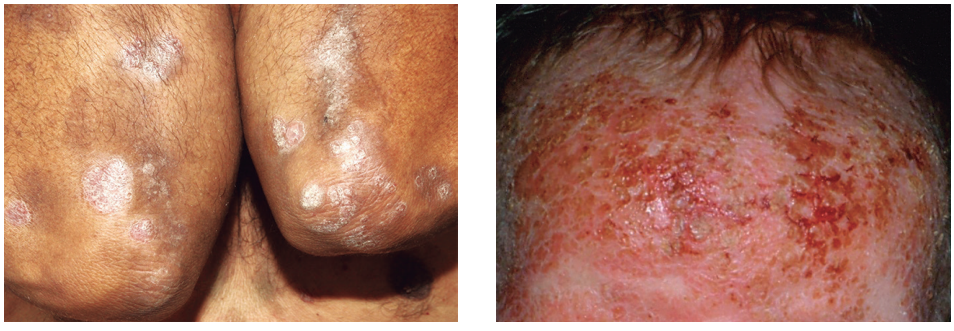


C



D

(*Continua*)



E F

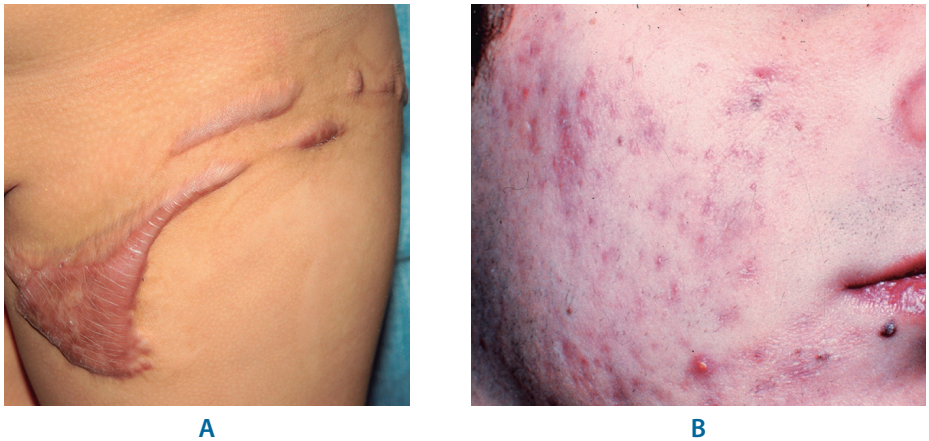
Figuras 1.9. **A.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: erosões (pênfigo foliáceo). **B.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: escoriações (escoriação neurótica). **C.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: ulceração (leishmaniose tegumentar). **D.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: fissura (*tinea pedis*). **E.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: escamas (psoríase). **F.** Avaliação clínica. Perdas e reparações teciduais: crostas (dermatite atópica).

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Cicatrizes

Correspondem a eflorescências de aspecto variável, podendo ser salientes ou deprimidas, móveis ou aderentes. Formam-se no processo de reparação da pele pela deposição de tecido fibroso. Tipos de cicatrizes:

- **Hipertrófica:** é uma cicatriz em que ocorre aumento da área de fibrose; porém, essa fibrose segue a linha da incisão ou trauma original. Geralmente, tem uma boa resolução e tende a melhorar em até seis meses (Figura 1.10.A).
- **Atrófica:** tipo de cicatriz fina, pregueada e papirácea (Figura 1.10.B).



A B

Figuras 1.10. **A.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: cicatriz hipertrófica. **B.** Avaliação clínica. Alterações de espessura: cicatriz atrófica.

Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Outras lesões

Cisto

É uma lesão que apresenta um conteúdo mais denso e firme, podendo, em parte, apresentar conteúdo liquefeito. Trata-se de uma cavidade revestida por epitélio glandular ou queratinizado, frequentemente derivada de anexos cutâneos. Geralmente, esses cistos são considerados tumores benignos e são encontrados comumente no couro cabeludo e no tórax. Costumam ser solitários ou estar em pequeno número. No entanto, cistos múltiplos podem surgir em condições como acne e em distúrbios específicos, como o esteatocistoma múltiplo, além de ocorrerem em locais específicos, como os cistos escrotais. A pele que cobre o cisto é móvel, exceto nas proximidades do pequeno orifício central, por onde ocorre o extravasamento do conteúdo de queratina e a entrada de bactérias, o que pode resultar em infecções secundárias (Figura 1.11).



Figura 1.11. Avaliação clínica. Outras lesões: cisto (cisto epidérmico em couro cabeludo).
Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Morfologia, arranjo e distribuição

Na descrição das lesões elementares, é crucial que o examinador distinga os diferentes aspectos morfológicos, o arranjo, a distribuição anatômica e os aspectos evolutivos dessas lesões (Figura 1.12). Certos padrões morfológicos e de distribuição podem ser peculiares ou estar relacionados a determinadas doenças de pele. Portanto, o reconhecimento dessas características pode facilitar o raciocínio clínico no diagnóstico principal.

Morfologia: formas, contornos e dimensões da lesão individual

É usual o emprego de termos designativos na descrição morfológica lesional, como:

- **Alvo:** em forma de alvo (Figura 1.12.A).

- **Anular ou anelar:** em anel (Figura 1.12.B).
- **Arciforme:** em arco (Figura 1.12.C).
- **Circinada:** em círculo ou semicírculos (Figura 1.12.D).
- **Cribiforme:** forma semelhante à do crivo, múltiplos orifícios.
- **Corimbiforme:** em corimbo, ou seja, lesão principal central e outras satélites.
- **Discoide:** em forma de disco (Figura 1.12.E).
- **Figurada:** com borda de contorno bem definida.
- **Foliácea:** em folha.
- **Geográfica:** de contorno irregular, lembrando mapa geográfico.
- **Girata:** em giro ou espiral.
- **Gotada:** em gotas.
- **Lenticular:** como lentilha.
- **Linear:** em linha.
- **Miliar:** como grânulos de mílio.
- **Numular:** como moeda.
- **Pedunculada ou pediculada:** sustentada por haste fina.
- **Policíclica:** múltiplos círculos.
- **Poligonal:** forma de polígono.
- **Puntiforme:** em forma de ponto.
- **Serpiginosa:** em linha ou contorno sinuoso (Figura 1.12.F).
- **Séssil:** base alargada.
- **Umbilicada:** deprimida no centro.

Arranjo

A coalescência das lesões pode formar um arranjo linear (Figura 1.12.G), zosteriforme ou zoniforme (consoante um trajeto de um nervo na pele, ou seja, seguindo um dermátomo), herpetiforme (Figura 1.12.H), entre outros.

Distribuição

- **Localizada:** erupção em uma a três regiões anatômicas.
- **Disseminada:** erupção com lesões individuadas em várias regiões anatômicas.
- **Generalizada:** erupção uniforme, envolvendo várias regiões anatômicas.
- **Universal:** envolvimento de mais de 80% a 90% da superfície cutânea.
- **Outras distribuições específicas:** simétrica ou assimétrica; seguindo as linhas de Blaschko, em áreas fotoexpostas etc.

Formas de erupção

Monomórficas ou polimórficas.

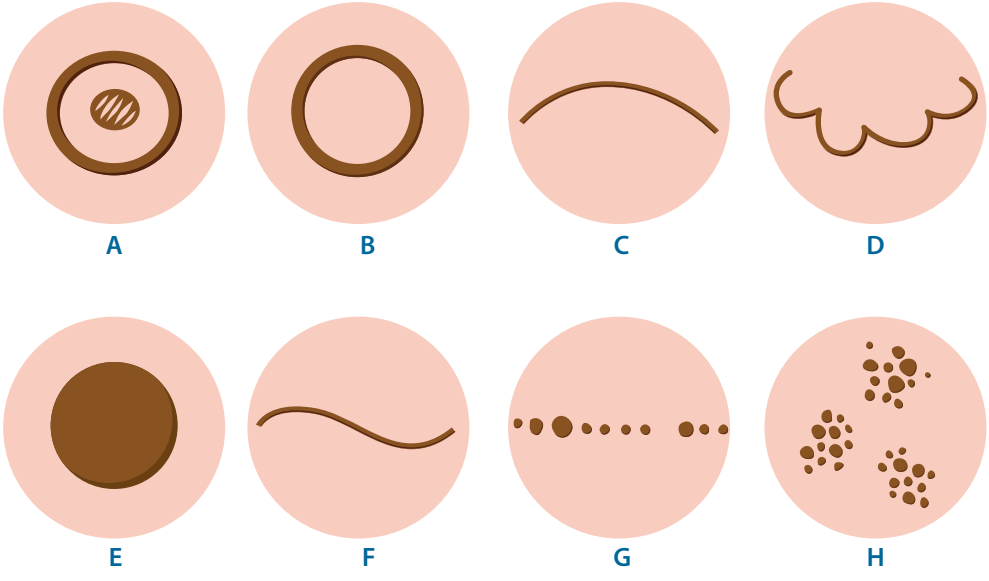


Figura 1.12. Avaliação clínica. Representação esquemática da morfologia, da distribuição e do arranjo das lesões elementares: (**A**) morfologia lesional em alvo: lesão em forma de alvo; (**B**) morfologia lesional anular ou anelar: em anel; (**C**) morfologia lesional arciforme: lesão em forma de arco; (**D**) morfologia lesional circinada: lesão em forma de círculo ou semicírculos; (**E**) morfologia discoide: lesão em forma de disco; (**F**) morfologia lesional serpiginosa: apresenta elementos lineares, ramificados e curvos; (**G**) distribuição e arranjo linear das lesões; (**H**) distribuição e arranjo herpetiforme das lesões, descreve pápulas ou vesículas agrupadas dispostas de forma semelhante àquelas da infecção por herpes simples.

Fonte: Adaptada de Azulay *et al*., 2013.

Formas de progressão

Fagedênica (que se alastra rapidamente aos tecidos próximos ou de extensão indefinida), terebrante (destruição profunda) e centrífuga.

Idade de surgimento das lesões

Congênita (presente ao nascimento), adquirida ou senil.

Tempo de evolução

Aguda, subaguda e crônica.

Outros sinais clínicos

- **Sinal de Auspitz:** é o aparecimento de pequenos pontos hemorrágicos após remoção de escamas nas placas de psoríase.
- **Sinal de Darier:** é quando a pele se torna edemaciada após um atrito. Ocorre em pacientes com mastocitose cutânea, como na urticária pigmentosa (Figura 1.13).

- **Fenômeno de Koebner:** refere-se ao desenvolvimento de lesões em áreas de pele são sujeitas a trauma, como aquelas causadas por coçar, fricção ou ferimentos. Isso é frequentemente observado em condições como psoríase, na qual as lesões podem surgir nesses locais, assim como no líquen plano, que muitas vezes resulta em lesões lineares após a exposição a traumas.
- **Sinal de Nikolsky:** é o descolamento da pele após uma forte pressão lateral sobre a pele aparentemente sã em pacientes com necrólise epidérmica tóxica e algumas doenças bolhosas autoimunes.



Figura 1.13. Avaliação clínica. Sinal de Darier (urticária pigmentosa).
Fonte: Acervo da autoria do capítulo.

Bibliografia

- Azulay RD, Azulay DR, Abulafia-Azulay L. Dermatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Bateman T. A practical synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of Dr Willan, exhibiting a concise view of the diagnostic symptoms and the method of treatment. Philadelphia: Crissy; 1824.
- Belda Jr W, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de dermatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014.
- Bolognia JL, Jorizzo J, Rapini RP, editors. Dermatology. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2008.
- Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's textbook of dermatology. 8th ed. Oxford: Blackwell Science; 2010.
- Cardili RN, Roselino AM. Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. An Bras Dermatol. 2016;91(5):629-33.
- Carreira E. Os escritos de Leonardo Da Vinci sobre a arte da pintura. Brasília: UNB; 2000.
- Cazenave A, Schedel HE. Abrég é pratique des maladies de la peau d'aprés les auteurs les plus estimés et surtout d'aprés les documents puisés dans les leçons cliniques de M. le docteur L.T. Biett, médecin de L'Hopital Saint-Louis. Paris: Bechet Jeune; 1838.
- Cherem AJ. Medicina e arte: observações para um diálogo interdisciplinar. Acta Fisiat. 2005;12(1):26-3.
- Darier J. Précis de dermatologie. Paris: Masson; 1923.
- Degos R. Dermatologie. Paris: Flammarion; 1953.

- Fitzpatrick T, Klauss W, Wolf KD et al. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division; 2005.
- Hebra F. Traité des maladies de la peau comprenant les exanthème saigüs. Paris: G. Masson; 1872-8.
- Hoenig LJ. Dermatology in the artwork of Leonardo da Vinci. JAMA Dermatol. 2013;149(1):73.
- Kaposi M. Pathologie e traitement des maladies de la peau. Paris: G. Masson; 1891.
- Lichtenstein J. A idéia e partes da pintura. São Paulo: Ed. 34; 2004.
- Martins Cy. Caminhos: ensaios psicanalíticos. Porto Alegre: Movimento/Instituto Cyro Martins; 1993. p. 162-75.
- Melo JMS. A medicina e sua história. Rio de Janeiro: EPUC; 1989.
- Nast A, Griffiths CE, Hay R, Sterry W, Bolognia JL. The 2016 International League of Dermatological Societies' revised glossary for the description of cutaneous lesions. Br J Dermatol. 2016;174(6):1351-8.
- Rayer P. Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris: JB Bailliére; 1835.
- Roselino AMF, Simões B, Pereira FA et al. Exame físico geral. In: Baddini JM, Voltarelli JC, editores. Semiologia geral e especializada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Sampaio SAP, Rivitti EA. Manual de dermatologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
- Scadding JG. Essentialism and nominalism in medicine: logic of diagnosis in disease terminology. Lancet. 1996;348(9027):594-6.
- Souza EM, Vallarelli AFA. Dermatologia nas artes. An Bras Dermatol. 2009;84(5):556-8.
- Wikipedia. Verbete: Lesões elementares da pele. 2005 [acesso em 27 mar. 2025]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Les%C3%B5es_elementares_da_pele.