



## **ÍNDICE DO CAPÍTULO**

### **1. SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA**

- a. Proteção
- b. Endócrinas
- c. Imunológica

### **2. IMPORTÂNCIA DO EXAME DERMATOLÓGICO**

### **3. PROPEDÊUTICA DERMATOLÓGICA**

- a. Coloração
- b. Continuidade
- c. Umidade
- d. Textura
- e. Espessura
- f. Temperatura
- g. Elasticidade
- h. Mobilidade
- i. Turgor
- j. Sensibilidade

### **4. LESÕES ELEMENTARES**

- a. Com alterações de cor
- b. Sólidas
- c. Com conteúdo líquido

### **5. ALTERAÇÕES DE CONTINUIDADE**

- a. Erosão ou Exulceração
- b. Ulceração ou Úlcera
- c. Fissuras ou Rágades
- d. Fístulas

### **6. PERDAS TECIDUAIS**

- a. Escamas
- b. Erosão ou Exulceração
- c. Úlceras ou ulceração
- d. Fissuras ou Rágades
- e. Escara

**7. REPARAÇÕES TECIDUAIS**

- a. Crostas
- b. Cicatriz

**8. FÂNEROS**

- a. Unhas
- b. Cabelo
- c. Pelos

**9. SINAIS DERMATOLÓGICOS ESPECÍFICOS**

- a. Sinal de Darier
- b. Mastocitose cutânea
- c. Sinal de Köebner
- d. Patergia
- e. Sinal de Zireli

## 1) SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA

A pele é o maior órgão do corpo humano sendo responsável por mais de 15% do peso corpóreo. Ela assume diferentes funções, tais como:

### a) Proteção

Isola o meio interno do externo através de duas barreiras: a camada córnea (queratinócitos e lipídios que impedem a perda excessiva de água evitando a desidratação) e a barreira mecânica que protege contra queimaduras solares, fotocarcinogênese e o fotoenvelhecimento causado pelos raios UV. Possui receptores e terminações nervosas livres o que confere defesa contra agentes nocivos.

### b) Endócrinas

Ativação de hormônios (conversão de testosterona em 5-di-hidrotestosterona ou estradiol), participa da síntese de vitamina D.

### c) Imunológica

A integridade da pele depende do sistema imune cutâneo: células dendríticas (Langerhans) apresentam antígenos da pele aos linfócitos T, transformando-os em linfócitos de memória. Quando reexpostos na pele, os linfócitos T de memória reconhecem a ameaça e através de seus receptores sintetizam citocinas.

## 2) IMPORTÂNCIA DO EXAME DERMATOLÓGICO

A pele pode revelar precocemente doenças sistêmicas onde problemas internos podem se exteriorizar através de manifestações cutâneas. Exemplo: xantelasma indica hipercolesterolemia.

## 3) PROPEDÊUTICA DERMATOLÓGICA

Alguns cuidados devem ser tomados antes da avaliação de toda a extensão da pele do paciente:

- Certifique-se que o local esteja bem iluminado e priorize uma iluminação natural.
- Desnudamento das partes a serem examinadas.
- Proporcione ao paciente um ambiente seguro e acolhedor e faça uma avaliação sem interrupções. O respeito à sua privacidade fortalece o vínculo médico-paciente.
- O exame físico precede a anamnese e consistirá na inspeção e palpação da lesão(ões) cutânea(s).

O que observar durante o exame físico:

### a) Coloração

Esse passo é marcado pelo registro da cor da pele do paciente no momento da sua identificação. Seu registro é importante para que seja possível o acompanhamento de

possíveis alterações no decorrer do acompanhamento, e também porque algumas condições de saúde podem ser mais prevalentes em determinadas raças ou etnias.

b) Continuidade

Também conhecida como integridade se refere a ausência de lesão na superfície da pele.

c) Umidade

Avalia-se através da palpação, por meio das polpas digitais e da palma da mão.

*c.1) Umidade normal.*

*c.2) Pele seca:* é observada em algumas dermatopatias crônicas (esclerodermia, ictiose), no mixedema, na avitaminose A, na intoxicação por atropina, na insuficiência renal crônica e na desidratação.

*c.3) Umidade aumentada ou pele sudorenta:* pode estar associada a febre, ansiedade, hipertireoidismo e relacionado às ondas de calor (mulheres na menopausa).

d) Textura

Desliza-se as polpas digitais sobre a superfície cutânea.

*d.1) Normal*

*d.2) Lisa ou fina*

*d.3) Áspera*

*d.4) Enrugada*

e) Espessura

Pinça-se apenas a epiderme e a derme, em várias e diferentes regiões (antebraço, tórax e abdome).

*e.1) Pele de espessura normal*

*e.2) Pele atrófica:* translucidez que possibilita a visualização da rede venosa superficial.

*e.3) Pele hipertrófica ou espessa:* notada nos indivíduos expostos ao sol. Correlação clínica: esclerodermia.

f) Temperatura

Pode ser medida utilizando a face dorsal das mãos ou dedos e se compara a temperatura de um membro em relação ao outro.

g) Elasticidade

Capacidade da pele se estender quando é tracionada. Pinça-se a prega cutânea, fazendo em seguida certa tração.

*g.1) Normal.*

*g.2) Aumento da Elasticidade ou pele hiperelástica* (síndrome de Ehlers-Danlos).

*g.3) Diminuição da Elasticidade ou hipoelasticidade* (pacientes idosos, desnutridos, desidratados).

#### h) Mobilidade

Capacidade da pele se movimentar sobre os planos profundos subjacentes. É examinada com a palma da mão, que deve ser posicionada sobre a superfície que se deseja examinar e mexe para todos os lados para ver a capacidade que a pele tem de se movimentar.

#### i) Turgor

Avalia-se o turgor, pinçando com o polegar e o indicador uma prega de pele que abranja o tecido subcutâneo.

*i.1) Normal:* ao ser solta, a prega se desfaz rapidamente.

*i.2) Diminuído:* sensação de pele murcha, lento desfazimento da pele. Indica desidratação.

#### j) Sensibilidade

Podem ser analisadas os seguintes tipos

##### *j.1) Dolorosa*

*j.1.1) Hipoalgesia ou analgesia:* (perda da sensibilidade dolorosa). Correlação clínica: Hanseníase.

*j.1.2) Hiperestesia* (até os toques mais leves despertam dor). Correlação Clínica: abdome agudo, síndrome isquêmica das extremidades inferiores, neuropatias periféricas.

##### *j.2) Tátil*

Testa-se alguns receptores, tais como: corpúsculos de Meissner, os de Merkel e as terminações nervosas dos folículos pilosos. Fricciona-se levemente o local com uma mecha de algodão.

##### *j.3) Térmica*

Pesquisa-se com dois tubos de ensaio, um com água quente e outro com água fria.

*j.3.1) Para temperaturas frias* são os bulbos terminais de Krause;

*j.3.2) Temperaturas quentes* são os corpúsculos de Ruffini.

## **4) LESÕES ELEMENTARES**

As lesões elementares são modificações do tegumento cutâneo que tem como causa processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, neoplásicos, transtornos do metabolismo ou até mesmo defeito de formação. Elas podem ser divididas em:

Primitivas: quando não são precedidas de nenhuma outra alteração.

Secundárias: quando decorre de uma evolução de uma lesão primitiva.

As lesões elementares podem ser classificadas em:

#### a) Com alteração da cor

**a.1) Vasculares:**

**a.1.1) Eritema:** distúrbio da microcirculação, (vasodilatação), desaparecem a digitopressão, transitória, em geral associada a inflamação.

**a.1.2) Cianose:** Eritema rubro, conseqüente de vasoconstrição ativa ou passiva, com diminuição da temperatura.

**a.1.3) Enantema:** eritema localizado nas mucosas.

**a.1.4) Exantema:** eritema generalizado, agudo, de duração relativamente curta. Pode ser morbiliforme ou rubeoliforme, quando há áreas de eritema entremeadas com áreas de pele normal escarlatiniforme quando é difuso e uniforme.

**a.1.5) Lividez:** é uma mancha de cor lívida, do chumbo pálido ao azulado, de temperatura fria, por isquemia.

**a.1.6) Mancha vascular:** mancha de cor vermelha, permanente, que desaparece quase completamente por vitropressão forte, causada por malformação de vasos dérmicos.

**a.1.7) Telangiectasia:** lesão filamentar, sinuosa, permanente devido a presença de capilares dilatados na derme.

**a.1.8) Púrpura:** mancha vermelha que NÃO desaparece pela vitropressão. É devida ao extravasamento das hemácias na derme e na sua evolução torna-se sucessivamente arroxeadada e verde-amarelada.

**a.2) Pigmentares:**

Resultam da ausência, diminuição ao aumento de melanina ou ainda depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.

**a.2.1) Mancha Acrômica:** branco marfim - ausência total de melanina.

**a.2.2) Mancha Hipocrômica:** branco nácar com diminuição da melanina.

**a.2.3) Hiperocrômica:** Mancha de cor variável causada pelo aumento de melanina ou depósito de outro pigmento.

A coloração pode variar do castanho-claro ao escuro, do azulado ao preto. As manchas resultantes do depósito de hemossiderina ou do ácido homogentísico tem coloração escura (castanho ao negro). A título de exemplificação: cor amarelada: carotenemia e icterícia, tatuagens: cores variadas.

**b) Sólidas**

Resultam de processo inflamatório que afeta isolada ou conjuntamente a epiderme, derme ou hipoderme.

**b.1) Pápula:** lesão sólida, circunscrita, elevada, menor de 1 cm de diâmetro, superficial (por processo epidérmico, dérmico ou misto).

**b.2) Placa:** é a lesão elevada em platô, de altura inferior a 1 cm e que se estende por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir um aglomerado de pápulas.

**b.3) Nódulo:** lesão sólida, circunscrita, elevada ou não de 1 a 3 cm de diâmetro. O processo patológico pode envolver epiderme, derme e/ou hipoderme. Em geral são mais palpáveis que visíveis.

*b.4) Nodosidade ou Tumor:* formação sólida, circunscrita, elevada ou não, maior de 3 cm.

*b.5) Tubérculos:* pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz.

*b.6) Goma:* nódulo ou nodosidade que se liquefaz na porção central, podendo ulcerar e eliminar substância necrótica.

*b.7) Úrtica:* elevação de forma irregular, cor variável do róseo ou vermelho, pruriginosa, com duração efêmera. Resulta de exsudação aguda da derme. Também chamada de pápula urticada e quando maior chama-se placa urticada ou placa urticariforme.

*b.8) Vegetação:* crescimento exofítico secundário à papilomatose do ponto de vista histológico. Pode ser:

*b.8.1) Verrucosa:* pápula ou placa papulosa de superfície dura inelástica e amarelada por aumento peculiar da camada córnea (lesão seca).

*b.8.2) Condilomatosa:* pápula pedunculada ou com aspecto de couve-flor branco avermelhada que sangra facilmente (lesão úmida).

### c) Com conteúdo líquido

Lesões elementares com conteúdo que pode ser serosidade, sangue ou pus.

*c.1) Vesícula:* elevação circunscrita contendo líquido claro de até 1 cm de diâmetro. O conteúdo pode modificar-se no transcurso da doença.

*c.2) Bolhas:* elevação circunscrita, contendo líquido claro, maior de 1 cm de diâmetro.

*c.3) Pústula:* elevação circunscrita contendo pus de até 1 cm de diâmetro.

*c.4) Abscesso:* coleção de pus na pele ou subcutâneo, circunscrita, proeminente ou não, de tamanho variável. A pele pode estar ruborizada e há calor, dor e flutuação.

*c.5) Hematoma:* coleção de sangue na pele ou subcutâneo, circunscrita, proeminente ou não e de tamanho variável.

## **5) ALTERAÇÕES DE CONTINUIDADE**

### a) Erosão ou Exulceração

Atinge a epiderme, não deixa cicatriz.

### b) Ulceração ou Úlcera

Perda tecidual que atinge a derme, deixando cicatriz.

### c) Fissuras ou Rágedas

Perda de substâncias lineares, superficiais ou profundas (dobras de pele ou ao redor de orifícios).

### d) Fístulas

Solução de continuidade de trajeto linear, em geral sinuoso, que liga a profundidade ao exterior, ocorrendo drenagem de seu conteúdo.

## 6) PERDAS TECIDUAIS

São lesões provocadas por eliminação ou destruição patológica, assim como pela reparação de tecidos cutâneos.

### a) Escamas

Lâminas epidérmicas secas que tendem a se desprender da superfície cutânea. Podem ser chamadas de FURFURÁCEAS se tiverem o aspecto de farelo.

### b) Erosão ou Exulceração

Desaparecimento da parte mais superficial da pele, apenas na epiderme. Quando se regeneram não deixam cicatrizes.

*b.1) Traumática (escoriação).*

*b.2) Não traumática: decorrente da ruptura de vesículas, bolhas ou pústulas.*

### c) Úlcera ou ulceração

Perda de estruturas da pele, atingindo a epiderme. Deixa cicatriz (ex.: úlcera crônica e lesões malignas de pele).

### d) Fissura ou Rágade

Perda linear, superficial e profunda que não foi causada por objeto cortante. Atinge derme e epiderme e é normalmente encontrada em dobras cutâneas ou orifícios naturais.

### e) Escara

Tecido cutâneo necrosado, que é oriunda de uma pressão acompanhada ou não de fricção. A área acometida torna-se insensível, com cor escura e possui um sulca que a separa do tecido normal. Possui tamanho variável.

## 7) REPARAÇÕES TECIDUAIS

### a) Crostas

Proveniente do ressecamento de secreção serosa, sanguínea, purulenta ou mista que cobre uma área previamente lesada. Pode estar fraca ou firmemente aderida aos tecidos subjacentes. Pode ser encontrada em fases finais de cicatrização.

### b) Cicatriz

Reposição de tecido através da proliferação de tecido fibroso. Tamanhos e formatos variados.

## 8) FÂNEROS

### a) Unhas

As unhas são estruturas formadas de queratina endurecida, são fixadas sobre o leito ungueal. A espessura normal da unhas varia de 0,5 - 0,75mm e a unha tem um crescimento de 0,5 - 1,2mm por semana (espessura e crescimento podem ser alterados por processos patológicos). O exame das unhas é parte obrigatória do

exame físico geral. Mudanças nas unhas associadas com doença sistêmica, normalmente ocorrem na matriz da unha e o tempo que ocorreu a lesão pode ser estimado medindo a distância entre a cutícula e a lesão.

*a.1) Componentes das unhas:*

- a.1.1) Matriz.*
- a.1.2) Lúnula.*
- a.1.3) Eponíquio.*
- a.1.4) Lâmina ungueal.*
- a.1.5) Leito ungueal.*
- a.1.6) Hiponíquio.*

*a.2) Principais itens analisados no exame físico:*

- a.2.1) Forma ou configuração da unha:* as unhas podem ter configurações variadas.
- a.2.2) Tipo de implantação:* Normalmente a unha forma um ângulo menor que 160° (curvatura nítida visualizada lateralmente). No caso de hipocratismo digital o ângulo de implantação é de aproximadamente 180°.
- a.2.3) Espessura:* entre 0,5 e 0,75mm, em casos patológicos pode aumentar ou diminuir.
- a.2.4) Superfície:* a unha normal possui superfície lisa, mas pode tornar-se irregular.
- a.2.5) Consistência:* firme.
- a.2.6) Brilho.*
- a.2.7) Coloração:* cor róseo-avermelhada, mas podem ser pálidas (em caso de anemia) ou azuladas (cianose).

*a.3) Tipos de unhas:*

- a.3.1) Unhas distróficas:* mais espessas, possuem superfície rugosa e um formato irregular. (ex.: trabalhadores descalços, histórico de traumas nas unhas, onicomicose).
- a.3.2) Coiloníquia:* unha cor de colher, placa ungueal fina com depressões (ex.: anemia ferropriva grave).
- a.3.3) Unhas em vidro de relógio:* ângulo de implantação maior que 160°, unha convexa (ex.: hipocratismo digital, bronquiectasia).
- a.3.4) Unhas de Plummer:* Unhas parcialmente descoladas do leito ungueal (ex.: hipotireoidismos).
- a.3.5) Unhas de Terry:* unha com faixa esbranquiçada cerca de 1 - 2mm da borda distal da unha. (ex.: hipoalbuminemia).
- a.3.6) Unhas de Lindsay:* porção proximal da unha é esbranquiçada e a porção distal é avermelhada (ex.: IRC com uremia).

### b) Cabelo

O cabelo é formado por queratina, através do folículo piloso, seu crescimento é cíclico e possui 3 estágios: anágeno (crescimento ativo), catágeno (ocorre diminuição da divisão celular), telógena (marcada pela queda do cabelo, células param de se dividir).

Aspectos para serem analisados:

*b.1) Tipo de implantação:* varia de acordo com o sexo. Mulheres possuem uma implantação mais baixa e formam uma linha característica; nos homens a implantação é mais baixa e existem as “entradas” laterais.

*b.2) Distribuição:* normalmente deve ser uniforme, possíveis áreas sem pelos são denominadas alopecia e possuem diversas causas.

*b.3) Quantidade:* varia de acordo com o indivíduo, com o passar da idade os cabelos ficam mais escassos, queda de cabelo é um dado que deve ser analisado e perguntado.

*b.4) Coloração:* varia conforme a etnia e de acordo com a genética. cores básicas são - preto, castanho, loiro e ruivo - alterações podem ser artificiais ou patológicas.

*b.5) Brilho, espessura e consistência:* cabelos secos, opacos e quebradiços podem significar várias anormalidades.

### c) Pelos

Localizados nos folículos pilossebáceos, que resultam da invaginação da epiderme. Do nascimento até a puberdade os pelos costumam a ser finos e claros, na puberdade, adquirem características adultas, características de cada sexo. Homem: ocorre o crescimento da barba e pelos pubianos em losango. Já nas mulheres, os pelos pubianos têm forma de triângulo e não cresce a barba. Entre os achados clínicos relacionados temos:

*c.1) Hipertricose:* aumento exagerado dos pelos, pode ser congênita ou adquirida, difusa ou localizada.

*c.2) Hirsutismo:* aumento exagerado de pelos associados ao sexo masculino, porém na mulher, pode ser constitucional, idiopático ou associado aos hormônios androgênicos (em caso de hirsutismo causado por aumento do hormônio testosterona, será possível observar implantação capilar com o padrão masculino).

*c.3) Virilização:* é um caso de hirsutismo, porém também ocorre aprofundamento da voz e aumento do clitóris.

*c.4) Queda de pelos:* os principais motivos são - desnutrição, hepatopatias crônicas, quimioterapia.

*c.5) Itens a serem analisados:* espessura, comprimento, brilho, distribuição e quantidade: possuem características iguais aos dos cabelos.

## **9) SINAIS DERMATOLÓGICOS ESPECÍFICOS**

### a) Sinal de Darier

Neste teste é realizada a fricção de uma lesão e após alguns minutos a lesão se torna edematosa e eritematosa. Esse teste é indicativo de mastocitose cutânea.

b) Mastocitose cutânea

Patologia na qual ocorre um acúmulo de mastócitos clonalmente expandidos em tecidos. É uma doença rara e as manifestações cutâneas são compostas por máculas, pápulas ou placas castanho-avermelhadas.

c) Sinal de Köebner

Fenômeno no qual, após um trauma na pele, surgem lesões cutâneas. Esse sinal não é patognomônico de alguma doença específica, podendo ser encontrado, por exemplo, em casos de líquen plano.

d) Patergia

Fenômeno no qual após traumas mínimos na pele formam-se lesões.

e) Sinal de Zireli

Fenômeno no qual ocorre a descamação da pele após seu estiramento.

**REFERÊNCIAS:**

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MATTOS, Waldo; HILBIG, Arlete; TOVO, Cristiane Valle; MEYER, Erika Laurini de Souza; LIMA, Mara Rúbia André Alves de; SILVA, Nilton Brandão da. **Semiologia do adulto: diagnóstico clínico baseado em evidências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017