

A International League of Dermatological Societies (Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas) fez a revisão do glossário para a descrição de lesões cutâneas em 2016

A. Nast,¹ C.E.M. Griffiths,² R. Hay,³ W. Sterry⁴ and J.L. Bologna⁵

¹Division of Evidence Based Medicine (dEBM), Department of Dermatology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Alemanha

²Centro de Dermatologia, Salford Royal Hospital, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, Reino Unido

³Departamento de Dermatologia, Kings College Hospital, Londres, Reino Unido

⁴Departamento de Dermatologia, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemanha

⁵Departamento de Dermatologia, Yale Medical School, New Haven, Connecticut, E.U.A

Resumo

A ajuda de Dr. Omar Lupi na tradução do glossário original para o português é reconhecida com gratidão.

Fontes de financiamento

International League of Dermatological Societies (Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas)



Contexto Para facilitar a comunicação eficaz em dermatologia é essencial um glossário claramente definido com descrições precisas. O glossário de lesões dermatológicas básicas da Liga Internacional das Sociedades Dermatológicas (ILDS) foi publicado pela primeira vez em 1987. Um quarto de século mais tarde, a ILDS tomou a decisão de rever e expandir esta nomenclatura.

Objetivos Revisão e expansão de uma nomenclatura internacional para a descrição de lesões cutâneas.

Métodos A ILDS nomeou uma comissão de nomenclatura. Com base numa revisão de literatura e de livros importantes, o comitê reuniu uma lista de termos e definições. As sociedades nacionais membros da ILDS foram então convidadas a participar num exercício de votação Delphi (dois ciclos para termos descritivos básicos e um ciclo para termos adicionais). O comitê fez a revisão e consolidou os comentários e autorizou a versão final.

Resultados A versão revista e expandida da nomenclatura ILDS inclui 13 termos básicos e mais de 100 termos descritivos adicionais. Quarenta e seis e depois 34 sociedades nacionais membros participaram nos primeiros e segundos ciclos de votos, respetivamente.

Conclusões Uma unificação da nomenclatura é crucial para uma comunicação efetiva entre os dermatologistas e os que cuidam das doenças dermatológicas. O próximo passo será um programa de implantação para as sociedades nacionais membros do ILDS que incluirá as traduções para outras línguas diferentes do inglês e as adaptações que refletem as circunstâncias locais.

O que é já sabido sobre este tópico?

- Uma linguagem unificadora e descrições precisas são fundamentais para a prática da dermatologia.
- A Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) publicou pela primeira vez um “Glossário das lesões dermatológicas básicas” (Glossary of basic dermatology lesions) em 1987.

O que é que este estudo traz de novo?

- Esta é uma versão totalmente atualizada e revista do glossário de 1987 da ILDS.
- A nomenclatura revista é escrita tendo em mente termos dermatológicos e não dermatológicos.

A especialidade de dermatologia é baseada no exame visual, seguido por uma descrição exata da morfologia lesional. Desta forma, uma nomenclatura harmonizada e clara é crucial para as comunicações verbais e escritas entre os dermatologistas e para aqueles que cuidam das pessoas com doenças dermatológicas. Durante séculos, os livros da especialidade de dermatologia listaram definições de termos dermatológicos comumente empregues. No entanto, estas definições são frequentemente influenciadas por tradições nacionais e regionais e assim, existem variações significativas. Em 1987 Winkelmann¹ publicou a primeira versão do “Glossário de lesões básicas de dermatologia” da International League of Dermatological Societies (ILDS). Como já previsto na sua introdução, “Cada geração irá querer expandir e aperfeiçoar o trabalho...». Assim, 25 anos mais tarde (o equivalente a uma geração), a ILDS decidiu rever e expandir esta versão original do glossário e estabeleceu-se um comité de nomenclatura. Esta revisão do glossário foi realizada como resultado da participação ativa de sociedades nacionais membros da ILDS

Materiais e métodos

Estabeleceu-se um processo estruturado para desenvolver e para entrar em acordo relativamente ao novo Glossário

ILDS (Fig. 1). Em janeiro de 2012 foi formado um grupo de trabalho denominado Comité ILDS em Nomenclatura, composto pelos autores desta publicação. Inicialmente, foi realizada uma revisão do glossário anterior por Winkelmann¹ e de diversos livros de dermatologia para extrair uma lista prévia de termos descritivos básicos e uma lista secundária e termos adicionais. Foram recolhidas definições e exemplos para os termos escolhidos. A lista prévia de termos descritivos básicos, juntamente com a sua definição proposta, comentários pelo grupo de trabalho e exemplos clínicos circulou para todas as sociedades nacionais membros da ILDS para comentários e para votação online através de uma abordagem Delphi modificada². Aos participantes foi pedido que “concordassem” ou “discordassem”. Se houvesse discordância, pedia-se então aos participantes para fornecer razões, bem como sugestões alternativas. O software Lime Survey (<https://www.limesurvey.org/en/>), uma ferramenta de pesquisa online, comumente usada para os procedimentos de voto do método Delphi foi utilizado para recolher os comentários dos participantes da votação online.^{3,4}

Na reunião da ILDS realizada em Berlim em junho de 2012, foi realizado um workshop sobre o “Glossário de lesões dermatológicas básicas”, em que as definições foram discutidas e ainda mais aperfeiçoadas. As definições

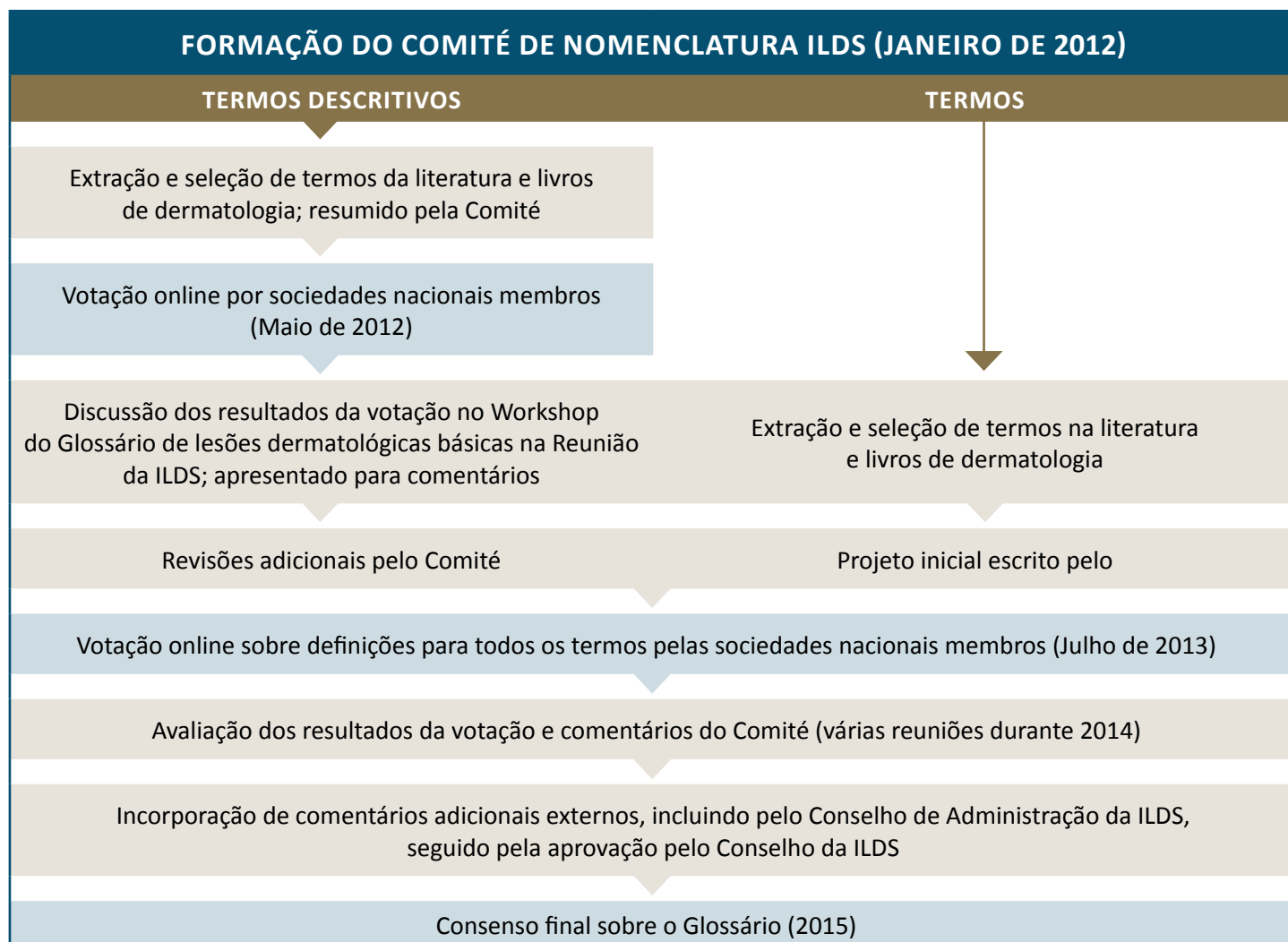


Fig. 1. Processo de revisão do glossário da International League of Dermatological Societies (Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas) (ILDS) para a descrição de lesões cutâneas.

revistas foram apresentadas em seguida a todos os participantes da reunião para comentários adicionais; delegados de pelo menos 35 países estavam presentes na referida reunião. O glossário de termos básicos revisto com as suas alterações baseadas na reunião, em conjunto com a lista prévia de termos descritivos adicionais foi distribuído a todas as sociedades nacionais membros para votação através de um processo de votação online. A votação foi realizada como anteriormente, pedindo aos participantes para “concordarem” ou “discordarem” com os termos individuais, as suas definições e exemplos clínicos. Se existisse desacordo, os participantes teriam de fornecer razões e sugestões alternativas. Em ambos os ciclos de votação foi enviada informação para cada sociedade para o seu email de escolha. A responsabilidade pela atribuição ao responsável ou membro mais apropriado ficou ao encargo da sociedade.

O comité sobre nomenclatura examinou os resultados da votação e todos os comentários foram revistos e discutidos. Foram, então, feitos os ajustes necessários ao glossário. O conselho administrativo da ILDS forneceu comentários adicionais e aprovou a versão consolidada final apresentada. As tabelas 1 a 4 incluem mais alterações de exemplos clínicos ou comentários com base nos revisores do jornal.

Resultados

Treze termos básicos (tabela 1) e mais de 100 termos descritivos adicionais (tabelas 2 a 4) foram finalizados. No total, 46 sociedades nacionais membros participaram na votação inicial relativamente aos termos descritivos básicos. Trinta e quatro sociedades nacionais membros participaram no segundo ciclo de votações, o qual incluía a versão revista dos termos básicos e a lista de propostas de termos descritivos adicionais. Nenhum dos termos propostos foi rejeitado. Foi alcançado pelo comité de nomenclatura um consenso unânime e aprovação final de todos os termos e definições sugeridos em julho de 2015.

Discussão

Uma descrição precisa da morfologia clínica das lesões cutâneas é crucial para a prática da dermatologia. Assim, uma nomenclatura claramente definida é o fundamento para uma eficaz comunicação, de conversas quotidianas até ao intercâmbio científico numa base global. Desde 1987, a nomenclatura dermatológica tem continuado a evoluir. Além disso, ao ler vários textos internacionais, mesmo os termos mais comuns são definidos de forma diferente. Por exemplo, existe uma variabilidade significativa na definição de «tumor», bem como no tamanho definido de pápulas ou vesículas (0-5 cm vs 1 cm), refletindo escolas de pensamento regionais.

Houve, portanto, uma necessidade reconhecida de ter um glossário padronizado e simplificado para todos os profissionais que gerem a doença dermatológica em todo o mundo. O Comité de nomenclatura fez todos os esforços

para incluir todas as sociedades nacionais membros da ILDS. Elas foram convidadas para os ciclos de votação online, duas vezes para os termos descritivos básicos e uma vez para os termos descritivos adicionais. Além disso, as condições básicas foram discutidas no workshop durante a Reunião da ILDS em Berlim. Devido à duração da pesquisa, ciclos repetidos de votação não eram viáveis.

A revisão de 2016 da nomenclatura da ILDS fornece aos seus utilizadores uma ampla gama de condições que permitem a harmonização da linguagem dermatológica em todo o mundo. Digno de nota, existem atualmente alguns glossários online baseados em sociedades nacionais, tais como o American Academy of Dermatology's Basic Dermatology Curriculum e o British Association of Dermatologists' *Handbook for Medical Students and Junior Doctors*^{5,6}. No entanto, nenhum processo estruturado de desenvolvimento foi descrito para qualquer um destes glossários. A esperança é que este glossário revisto da ILDS vá servir como base para traduções e adaptações locais, incluindo por sociedades nacionais e revistas científicas. Obviamente, este será um processo contínuo, uma vez que a versão final do glossário é disponibilizada às sociedades membros da ILDS e à comunidade de dermatologia.

Fica por determinar se mais 25 anos se passarão antes que sejam propostas revisões adicionais, ou se as revisões adicionais chegarão antes do ano 2041.

Tabela 1. Termos descritivos básicos para lesões cutâneas. Para os primeiros quatro termos, alterações secundárias, se presentes, estão incluídas na descrição

TERMO	DEFINIÇÃO	COMENTÁRIOS
Mácula	Uma lesão de superfície, circunscrita não palpável que difere na cor da pele à volta. Pode ter qualquer cor ou forma	O diâmetro médio, forma, cor e borda devem ser descritos. Na América do Norte, uma mácula (≤ 1 cm) é distinguida de uma mancha (> 1 cm)
Pápula	Uma lesão elevada, sólida, palpável que é ≤ 1 cm em diâmetro	O diâmetro médio, forma, cor, topografia (caraterísticas de superfície, por exemplo, planas cobertas) e borda deve ser descrita; grau de elevação e consistência ou sensação podem ser incluídos
Placa	Uma lesão circunscrita, palpável > 1 cm em diâmetro; a maioria das placas são elevadas. ^a As placas podem resultar de uma coalescência de pápulas	O diâmetro médio, forma, cor, topografia e borda (por exemplo, bem demarcadas vs mal definidas) devem ser descritos; grau de elevação e consistência ou sensação pode ser incluído
Nódulo	Uma lesão elevada, sólida e palpável > 1 cm normalmente localizada principalmente na derme e/ou hipoderme. A maior parte da lesão pode ser exofítica ou estar abaixo da superfície da pele	O diâmetro médio, forma, cor, topografia e fronteira devem ser descritos; grau de elevação e consistência ou sensação pode ser incluído
Vergão ou Ponfo	Uma elevação transitória da pele devido a edema dérmico, muitas vezes pálido centralmente com uma borda eritematosa	Não existem alterações na superfície
Vesícula	Uma lesão circunscrita ≤ 1 cm em diâmetro que contém líquido (transparente, seroso ou hemorrágico)	“Pequenas bolhas”
Bolha	Uma lesão circunscrita > 1 cm em diâmetro que contém líquido (transparente, seroso ou hemorrágico)	“Grande bolhas”
Pústula	Uma lesão circunscrita que contém pus	
Crosta	Soro, sangue ou pus seco na superfície da pele	
Escama	Uma acumulação visível de queratina que forma uma placa ou floco plano	Tipos de escamas Prateadas (micáceo), p. ex. a psoríase Poeirenta (furfuráceos), p. ex., Pitiríase (tinha) versicolor Gordurosa, p. ex. dermatite seborreica Arenosa, p. ex. ceratose actínica poligonal, p. ex., Ictiose Colarinho de escamas: escama branca fina nas bordas de uma lesão inflamatória ou resultante de um processo infeccioso, p. ex. a rosácea, foliculite em tratamento, furunculose em tratamento
Erosão	Perda de uma porção ou da totalidade da epiderme	Pode resultar do desprendimento do topo de uma bolha, p. ex. impetigo bolhoso
Escoriação	Uma perda da epiderme e uma porção da derme devido a arranhar ou a um ferimento exógeno	Pode ser linear ou pontilhada
Úlcera	Perda de espessura total da epiderme mais, pelo menos, uma parte da derme; pode estender-se para o tecido subcutâneo	O tamanho, forma e profundidade devem ser descritos, bem como as caraterísticas da borda, da base e do tecido circundante

^aExiste uma discussão em curso sobre se as lesões não elevadas, mas palpáveis, como as da morfeia devem ser denominadas placas; os autores incluíram tais lesões como placas, daí a declaração de que a maioria, mas não todas as placas são elevadas.

Tabela 2. Termos adicionais para lesões cutâneas: distribuição, forma, topografia e palpação

DISTRIBUIÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS		
TERMO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO(S) CLÍNICO(S)
Acral	Lesões de extremidades distais, orelhas, nariz, pénis, mamilos	Vitiligo acral, acrocianose
Assimétrico	Padrão de lesão ou distribuição que carece de simetria ao longo do eixo (por exemplo, a linha média)	Dermatite aguda de contacto, herpes zoster, líquen estriado; no caso de uma única lesão, melanoma
Dermatomal (zosteriforme) ^a	Lesões confinadas a um ou mais segmentos de pele ligadas por um único nervo espinhal (dermátomos)	Herpes zoster, neurofibromatose segmental
Disseminado Generalizado/espalhado	Lesões distribuídas de forma aleatória pela maior parte do corpo área de superfície (generalizado/disseminado) ou dentro de uma região anatómica	Varicela, zoster disseminado, erupção morbiliforme por medicamento, exantemas virais
Dentro de uma região anatómica (p. ex. as costas, uma extremidade)		Foliculite (nádegas), doença de Grover (tronco)
Pele exposta Expostos ao ambiente	Áreas expostas a agentes externos (alérgenos químicos, irritantes ou agentes físicos)	Dermatite de alergia de contacto às plantas, dermatite de contacto às suspensões presentes no ar
Expostos à luz solar ou outras formas de radiação (por exemplo, fotodistribuído)		Leve erupção polimórfica, erupção fototóxica causada por medicamentos, dermatite de radiação
Locais extensores (das extremidades)	Áreas sobrejacente aos músculos e tendões envolvidos na extensão, bem como nas juntas (p. ex. antebraço extensor, cotovelo, joelho)	Psoríase, Queratose pilar, dermatite liquenoide friccional
Locais flexurais	Áreas sobrejacentes aos músculos e tendões envolvidos na flexão das juntas ou do aspeto interno das juntas (p. ex. antecubital ou fossa poplíteia)	Dermatite atópica
Lesões foliculares e perifoliculares	Lesões localizadas dentro ou à volta de folículos pilosos	Foliculite, pitiríase rubra pilaris, queratose pilaris
Generalizado/disseminado	Distribuído pela maior parte da área corporal (ver acima)	Exantemas virais (por exemplo, rubéola, rubéola), erupção morbiliforme medicamentosa
Agrupada		
Herpetiforme	Conjuntos de papulovesículas	Herpes simplex
Agminata	Pápulas sólidas dentro de um aglomerado	Nevos melanocíticos agminata, leiomioma
Satelitose	Pápulas menores que rodeiam uma lesão maior	Metastases de melanoma, granulomas piogénicos
Interdigital	Área entre os dedos das mãos ou dos pés	Tinha do pé, eritrasma
Intertriginosa	Presente nas principais pregas corporais (axilas, sub-mamária, dobra inguinal, abaixo do pannus, dobra interglúteos)	Psoríase inversa, intertrigo, candidose cutânea (candidíase), histiocitose das células de Langerhans
Linear	Disposição linear das lesões	

Tabela 2. (continuação)

Fenómeno de Köbner	Lesões induzidas por estímulo físico (p. ex. trauma, o ato de coçar, fricção, queimaduras solares)	Psoríase, líquen plano, vitiligo
Dermatomal (zosteriformes) ^a	Ver “Dermatomal” acima	Ver “Dermatomal” acima
Esporotricose	Lesões ao longo de vasos linfáticos	Esporotricose, infecção de <i>Mycobacterium marinum</i>
Ao longo das linhas de Blaschko	Lesões devido ao mosaicismo	Nevo epidérmico, líquen plano linear, líquen
Localizada	Lesões circunscritas a uma ou a poucas áreas	Leiomiomas, psoríase do couro cabeludo
Palmar, plantar, palmoplantar	Lesões nas palmas e/ou solas	Queratoderme, pustulose palmar e plantar
Periorifical (por exemplo, periocular, periorbital, perianal)	Lesões à volta de orifícios corporais	Vitiligo, dermatite periorifical
Regiões seboreicas	Áreas com a maior densidade de glândulas sebáceas (p. ex. couro cabeludo, rosto, parte superior do tronco)	Dermatite seborreica, doença de Darier
Segmental		
Como bloco	Lesões ao longo das linhas de crescimento embriónica	Mosaicismo pigmentar
Ao longo das linhas de Blaschko	Lesões ao longo das linhas de crescimento embrionária	Mosaicismo pigmentar, Incontinência pigmentar
Dermatomal (zosteriformes) ^a	Ver “Dermatomal”	Herpes zoster
Simétrico	Lesões ou padrão com simetria ao longo do eixo (por exemplo, a linha média)	Psoríase, dermatite atópica
Unilateral	Lesões confinadas à metade esquerda ou direita do corpo	Herpes zoster, síndrome CHILD ^b , vitiligo segmentar
Universal	Envolvendo o corpo inteiro	Alopecia universalis
Zosteriformes (Dermatomal) ^a	Ver “Dermatomal”	Ver “Dermatomal”

FORMA E TOPOGRAFIA DE LESÕES CUTÂNEAS

FORMA (VISTA SUPERIOR)	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS CLINICO(S)
Circunscrito		
Bem circunscrito	Demarcação distinta entre pele envolvida e não envolvida	Psoríase, vitiligo
Fracamente circunscrita	Demarcação não distinta entre pele envolvida	Dermatite atópica
Digital	Assemelha-se a dedos	Dermatite digital, uma forma de parapsoríase
Figurado	Uma forma com bordas arredondadas	
Anular	Formato de um círculo (centro limpo)	Tinha do corpo, granuloma anular, eritema anular centrífugo
Arciforme	Um segmento de um anel; tipo arco	Urticária, eritema anular centrífugo

Tabela 2. (continuação)

Policíclicos	Coalescência de vários anéis	Lúpus eritematoso cutâneo subagudo
Serpiginoso	Padrão ondulado, reminiscência de uma cobra	Larva migrans cutânea
Geométrico		
Artefactual	Lesões induzidas por trauma são muitas vezes anguladas ou têm bordas lineares; a configuração pode refletir locais de exposição a substâncias irritantes ou alérgenos	Trauma (incluindo auto-induzido e factício)
Tipo bloco	Padrão embrionário semelhante a blocos retangulares cujo tamanho pode variar (ver “Segmental”)	Mosaicismo pigmentario, quimerismo
Tabuleiro de damas	Ver “tipo bloco”	Mosaicismo pigmentar, quimerismo
Gutata	Pequeno, com uma forma que muitas vezes se assemelha a uma gota	Psoríase gutata, hipomelanose gutata idiopático; muitas vezes múltiplas lesões semelhantes aparecem
Oval	Uma forma redonda com ligeiro alongamento, que se assemelha à forma de uma elipse ou de um ovo	Pitiríase rósea
Poligonal	Uma lesão cuja forma se assemelha a um polígono com múltiplos ângulos	Líquen plano
Polimórfico	Tamanhos e formas variáveis, bem como tipos de lesões	Erupção polimórfica à luz, doença de Kawasaki
Reticulada	Padrão tipo rede ou rendado	Livedo reticular, eritema ab igne, líquen plano oral
Redonda (discoide)	Com formato circular ou em forma de moeda	Lúpus eritematoso discoide, eczema numular, erupção medicamentosa fixa
FORMA (PERFIL/VISTA LATERAL)	DEFINIÇÃO	EXEMPLO(S) CLÍNICO(S)
Acuminada	Elevada com ponta(s) aguçada(s)	Verruga filiforme, calo cutâneo
Deprimido	Superfície abaixo da pele adjacente normal	Atrofia dérmica: atrofodermia Lipoatrofia: terapia antiretroviral, injeções de corticoides
Em cúpula	Forma esférica	Nevo melanocítico intradérmico, pápula fibrosa do nariz, molusco contagioso
Achatada	Elevado com superfície achatada	Líquen plano, líquen estriado, condiloma lata
Papilomatosas	Múltiplas projeções que se assemelham a um mamilo	Nevo Intradérmico melanocítico papilomatoso, nevo epidérmico
Pedunculados	Pápula ou nódulo ligado por uma haste mais fina	Pólipo cutâneo (acrocórdon)
Borda elevada	Borda periférica elevada	Poroqueratose
Umbilicada	Depressão central pequena	Varicela, herpes simples, molusco contagioso
Verruciforme	Múltiplas projeções assemelhando-se a uma verruga	Verruga

Tabela 2. (continuação)

PALPAÇÃO DAS LESÕES CUTÂNEAS		
TEXTURA OU SENSÇÃO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO(S) CLÍNICO(S)
Atrofia	Uma diminuição do tecido, dividido em epidérmico, dérmico e subcutâneo	Epidérmico: líquen escleroso Dérmico: anetodermia Subcutâneo: lipoatrofia
Compressível	A pressão leva à redução do volume	Lago venoso
Firme	É sólido e compacto à palpação	Metástases cutâneas, dermatofibroma
Fixo	Não é móvel	Osteoma, nódulos de Heberden, tumor fixado ao tecidos moles profundos
Flutuante	Compressível, implica a liquefação	Quisto epidermoide inflamado, abcesso
Induração	Textura firme na ausência de calcificação ou de formação do osso	Morfeia, esclerose sistémica
Móvel	Pode ser movido sobre as estruturas dos tecidos moles mais profundos	Lipoma, quisto de inclusão epidermoide, dermatofibroma
Pulsátil	Pulsante	Malformação arteriovenosa
Duro com pedra	Muito duro	Calcinose cutânea, osteoma cutâneo
Tipo corda	Parece uma corda dentro da pele	Tromboflebite
Áspero	Lesão com uma superfície irregular e grosseira	Ceratose actínica
Emborrachado	Parece borracha: firme, mas com alguma compressibilidade	Quisto de inclusão epidermoide, nódulos linfáticos reativos
Suave	Superfície uniforme, regular	Pápula fibrosa do nariz
Mole	Compressível, forma fácil de ser alterada ou moldada	Pólipo cutâneo, nevo melanocítico intradérmico, neurofibroma
Quente	Temperatura mais elevada do que a pele normal ao redor	Malformação arteriovenosa, erisipela, celulite

^aAlguns médicos também usam o termo segmental para um padrão de distribuição zosteriforme/dermátomo.

^bCHILD, hemidisplasia congénita com eritroderma ictiosiforme e defeitos dos membros.

Tabela 3. Termos descritivos adicionais para lesões cutâneas

TERMOS DESCRITIVOS ADICIONAIS PARA LESÕES CUTÂNEAS		
TERMO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO(S) CLÍNICO(S)
Alopécia	Diminuição de densidade ou da espessura dos	Alopécia androgenética, alopecia areata, nevos sebáceos no couro cabeludo
Anestésico	Perda de sensação	Lesão hanseníase tuberculoide
Artefacto	Induzido por lesão exógena, às vezes autoinfligido	Dermatose facial
Calos	Hiperqueratose reativa, geralmente devido a fricção e/ou pressão, levando a marcas realçadas na pele	Cabeças sobrepostas dos metacarpos e metatarsos (superfície palmo-plantar)
Cravo	Espessamento localizado do estrato córneo devido a pressão patológica, levando a uma aparência lisa e vítrea	Proeminências ósseas sobrejacentes, por exemplo, quinto dedo lateral, cabeças metatarsais (superfície plantar)
Comedão (aberto e fechado)	Aberto: infundíbulo capilar dilatado com resíduos queratinosos oxidados (pretos) (“pontos negros”) Fechado: expansão do infundíbulo capilar por resíduos queratinosos, geralmente sem ligação com a superfície da pele (“pontos brancos”)	Acne vulgaris, comedões da pele facial danificada pelo sol (síndrome de Favre-Racouchot), cloracne
Diestesias	Sensações inadequadas, por exemplo, parestesias	Vulvodinia, parestesia notalgia, herpes zoster, incluindo a fase pré-eruptiva
Equimoses	Hemorragia na pele, geralmente devido a trauma	Uso de medicamentos anticoagulantes, pós-operatório, anormalidade de coagulação
Exantema	Erupção generalizada aguda, geralmente devido a uma reação viral, infecção ou medicamentosa	Rubéola, rubéola, roséola infantum; reação morbiliforme ou exantemática medicamentosa
Fissura	Rutura linear do estrato córneo; pode estender-se para a derme	Dermatite crónica da mão, queilite angular
Fístula	Pertuito anormal congénito ou adquirido de um abscesso ou órgão oco para a superfície da pele	Doença de Crohn, abscesso com drenagem associado à hidradenite supurativa
Gangrena	Morte do tecido devido a isquemia, geralmente acral	Embolia de colesterol, doença arterial periférica, queimaduras
Goma	Nódulo ou placa granulomatosa com descarga pegajosa (tipo borracha)	Sífilis terciária, gumma tuberculosa
Hematoma	Circunscrito, normalmente hemorragia palpável para a pele ou tecidos moles	Trauma, incluindo cirurgia; uso de medicação anticoagulante
Halo	Anel periférico, geralmente referindo-se a perda de pigmento	Halo nevo melanocítico
Corno	Queratose que se assemelha a um corno	Queratose actínica, verruga
Hiperqueratose (queratótico) ^a	Espessamento do estrato córneo, geralmente levando a uma superfície áspera	Queratose actínica hipertrófica, carcinoma de células escamosas
Enfarte	Isquemia do tecido devido à oclusão arterial	Embolia por colesterol ou infecciosa, intra-arterial injetáveis
Queratodermia	Espessamento do estrato córneo e/ou epiderme das palmas e solas, muitas vezes de herança genética	Três tipos principais de queratodermia palmo-plantar: (i) difusa; (ii) focal; (iii) pontuada

Tabela 3. (continuação)

Queratose	Espessamento focal da epiderme, especialmente do estrato córneo	Queratose seborreica, queratose actínica
Querion	Placa húmida devido a uma infeção que muitas vezes contém pústulas	Tinea capitis devido a microesporo ou Trichophyton, ou seja, líquen
Liquenificação	Acentuação das marcações da pele, muitas vezes devidas a fricção	Simplex crónico
Necrose	Morte de tecido	Embolia séptica, centro de metástases cutâneas
Peeling (esfoliação)	Descamação (descamação) do estrato córneo	Fase de resolução de uma queimadura solar; dígitos distais após escarlatina, doença de Kawasaki ou febre noturna
Petéquia	Hemorragia mínima dentro da derme	Capilarite (pigmentosa púrpura), trombocitopenia
Poiquilodermia	Presença simultânea de atrofia, telangiectasias e hipo e hiperpigmentação	Micose fungoide, dermatomiosite, fotoenvelhecimento
Prurigo	Pápulas ou nódulos devido a coçar ou espremer	Prurigo nodular
Púrpura	Hemorragia na pele devido a processos patológicos, principalmente de vasos sanguíneos	Púrpura solar (senil), vasculite de pequenos vasos, uso excessivo de corticosteroides tópicos, amiloidose sistémica primária
Sinusal	Trato, levando de um foco mais profundo até à superfície da pele	Estrias gravídica, estrias de dobras do corpo devido a potentes corticosteroides tópicos
Estria	Atrofia linear ao longo das linhas de tensão; inicialmente, pode ser de vermelha a roxo na cor (estria rubra)	Estrias gravídica, estrias de dobras do corpo devido a potentes corticosteroides tópicos
Edema	Crescimento devido à acumulação de edema ou fluidos, incluindo sangue	Angioedema
Telangiectasia	Capilares permanentemente dilatados	Danos actínico, rosácea, insuficiência venosa (extremidades inferiores)

LESÕES CUTÂNEAS QUE SE ASSEMELHAM A DOENÇAS CLÁSSICAS OU TÊM APARIÇÕES ÚNICAS

LESÕES	DOENÇA(S) CLÁSSICA(S) OU APARÊNCIA	EXEMPLO(S)
Cocarde (rosetas)	Lesão em alvo	Eritema multiforme, nevo cocarde (rosetas) penfigoide gestacional
Herpetiforme	Herpes simplex ou herpes zoster	Dermatite herpetiforme
Tipo eritema polimorfo	Eritema polimorfo	Erupções medicamentosas, urticária polimorfa
Morbiliforme	Sarampo	Erupções medicamentosas que são difundidas e maculopapular
Escarlatiforme	Escarlatina	Erupções medicamentosas que são difundidas e confluentes

^aApenas o termo adicionado por sugestão de revisores do jornal.

Tabela 4. Termos adicionais: cor das lesões cutâneas

COR	EXEMPLO(S) CLÍNICO(S)
COR SOB LUZ NATURAL	
Preta	Melanoma, necrose
Castanha	Nevo melanocítico composto, máculas cor de café com leite, melasma
Dourada	Crosta serosa do impetigo
Verde a verde-preto	Infeção por pseudomonas
Rosa	Pitíriase rósea, erupção morbiliforme por droga, carcinoma basocelular (todos em fotótipos de peles mais claras)
Vermelha	Granuloma piogénico, erisipela
Rosa salmão	Pitíriase rubra pilar
Cor da pele	Quisto de inclusão epidermoide, lipoma, nevo intradérmico melanocítico, acrocórdons
Cinza ardósia	Eritema discrómico persistente (Dermatose cinza)
Castanho dourado ^a	Nevus depigmentosus, hipopigmentação pós-inflamatória, pitíriase alba
Violeta	Líquen plano, púrpura
Branca	Vitiligo, hipomelanose idiopática em gotas
Amarela	Xantomas

COR À LUZ DE WOOD

Azul-verde para amarelo verde	Tinea capitis devido a <i>Microsporum</i> spp.
Rosa coral	Eritrasma
Vermelha	Urina em algumas formas de porfiria
Branca	Lesões bem desenvolvidas de vitiligo
De amarelo a amarelo esverdeado	Pitíriase (tinea) versicolor

^aA não ser confundido com o aumento da pigmentação após exposição a radiação ultravioleta natural ou artificial.

Agradecimentos

Victor Czaika MD prestou assistência editorial e Stefanie Rosumeck MA prestou assistência técnica. Agradecemos aos participantes do Workshop sobre o Glossário de Lesões Dermatológicas Básicas presentes na Cimeira da ILDS em Berlim em 2012: Doutores Frédéric Caux, Agness Chakowa, Tess Gabriel, Harvey Lui, Jerry Shapiro (co-presidente) e Mihael Skerlev, juntamente com Eric Seban e Lars Ettarp (um

dos autores – J.B. – também serviu como co-presidente), pelas suas valiosas contribuições e agradecemos a todos os representantes das sociedades nacionais membros pela sua participação nos inquéritos online. Os membros do conselho da ILDS também forneceram informações valiosas. Agradecemos também às seguintes sociedades e associações pela sua participação no primeiro ou no segundo ciclo de votações: Sociedade Argelina de Dermatologia; Academia Americana de Dermatologia; Sociedade Americana para Cirurgia Dermatológica; Associação Americana de Dermatologia; Instituto de Dermatologistas da Ásia Austral; Associação Britânica de Dermatologistas; Sociedade Búlgara de Dermatologia; Associação de Dermatologia do Caribe; Sociedade Chilena de Dermatologia e Dermatovenereologia; Associação Colombiana de Dermatologia e Cirurgia Dermatológica; Sociedade Croata de Dermatovenereologia; Sociedade Equatoriana de Dermatologia; Academia Espanhola de Dermatologia e Dermatovenereologia; Fórum Europeu de Dermatologistas; Academia Europeia de Dermatologia e Dermatovenereologia; Sociedade Europeia para Fotodermatologia; Sociedade Europeia de Dermatite de Contacto; Sociedade Francesa de Dermatologia; Sociedade Alemã de Dermatologia; Sociedade Húngara de Dermatologia; Sociedade de Dermatologia Cosmética da Índia; Associação Indiana de Dermatologistas, Venereologistas e Hansenólogos; Sociedade Indiana de Teledermatologia; Associação dos Cirurgiões Dermatologistas da Índia; Sociedade Italiana de Doenças Dermatológicas Médicas, Cirúrgicas, Doenças sexualmente transmissíveis e Estéticas; Associação Japonesa de Dermatologia; Sociedade japonesa para a Dermatologia Investigativa; Sociedade Dermatológica Libanesa; Sociedade Mexicana de Cirurgia Dermatológica e Oncologia; Sociedade de Dermatologistas, Venereologistas e Hansenólogos do Nepal; Sociedade Dermatológica da Nova Zelândia; Sociedade Norueguesa de Dermatologia e Dermatovenereologia; Associação de ex-alunos de Dermatologia de Bangkok - Paquistão; Associação Paquistanesa de Dermatologia; Sociedade Dermatológica das Filipinas; Sociedade Russa de Dermatovenereologia e Cosmetologia; Associação Sérvia de Dermatovenereologistas; Sociedade Eslovaca de Dermatovenereologia; Sociedade Dermatológica da África do Sul; Associação Regional do Sul da Ásia de Dermatologistas, Venereologistas e Hansenólogos; Sociedade Suíça de Dermatologia e Dermatovenereologia; Sociedade de Dermatologia da Tailândia; Sociedade Tunisina de Dermatologia e Dermatovenereologia; Associação de Dermatovenereologia da Turquia; Sociedade para Dermatologia Investigativa; Academia Internacional de Dermatologia Cosmética; Grupo internacional de enfermagem de cuidados da pele; Sociedade Internacional para Linfomas Cutâneos; Sociedade Internacional de Dermatologia; Sociedade Internacional de Dermatologia; União Internacional contra Doenças Sexualmente Transmissíveis; Sociedade Internacional para a Biofísica e a Imagem Latente da Pele; Sociedade Dermatológica das Mulheres; Associação dos Enfermeiros de Dermatologia.

Bibliografia

- 1 Winkelmann RK. Glossary of basic dermatology lesions. The International League of Dermatological Societies Committee on Nomenclature. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1987; 130:1–16.
- 2 Murphy MK, Black NA, Lamping DL *et al.* Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; 2:i–iv, 1–88.
- 3 Nast A, Rosumeck S, Sporbeck B, Rzany B. [Using new media for online consensus conferences and open external review of guidelines – results of two pilot studies]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106:295–301. (em alemão).
- 4 Werner RN, Jacobs A, Rosumeck S, Nast A. Online consensus conferences for clinical guidelines development – a survey among participants from the International Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis. *J Eval Clin Pract* 2014; 20:853–6.
- 5 Colaco S, Hong J, Saeed S *et al.* Dermatology glossary: an illustrated, interactive guide to clinical dermatology and dermatopathology. Disponível em: <http://missinglink.ucsf.edu/lm/DermatologyGlossary/index.html> (último acesso a 19 de janeiro de 2016).
- 6 Chiang NYZ, Verbov J. Dermatology: handbook for medical students & junior doctors. Disponível em: <http://www.bad.org.uk/library-media/documents/Dermatology%20Handbook%20for%20medical%20students%202nd%20Edition%202014%20Final%282%29.pdf> (último acesso a 19 de janeiro de 2016).