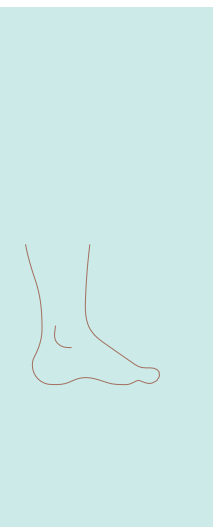
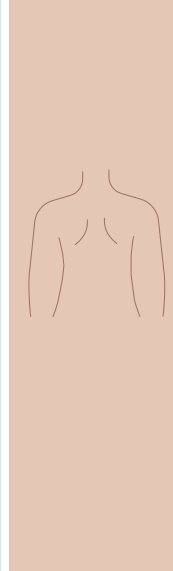
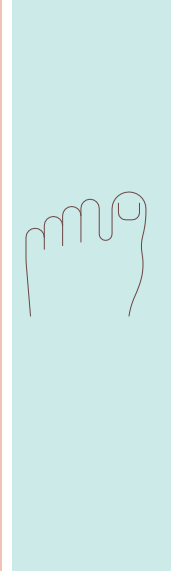
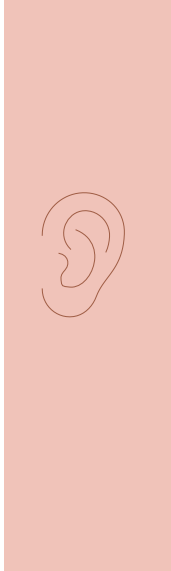
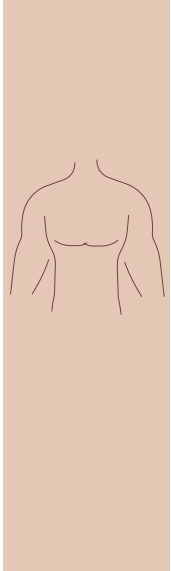
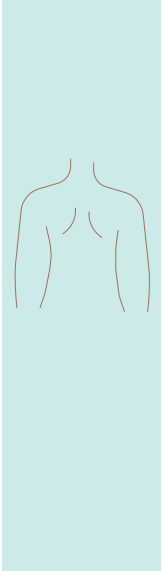


Licença



Referência

PINHEIRO, Ana Maria Costa; ESPER, Juliana Tomaz; BASTOS, Vanessa Queiroz (org.). *O exame da pele negra: manual de semiologia*. Brasília: [s. n.], 2024. *E-book* (58 p., il. color.).

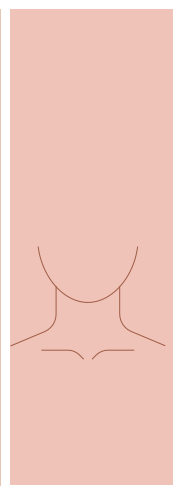
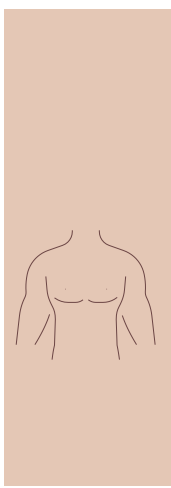
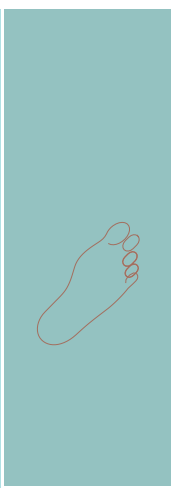
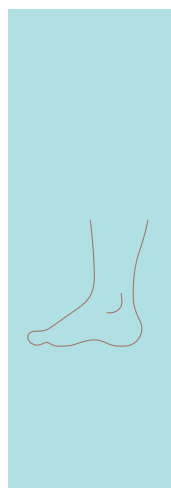
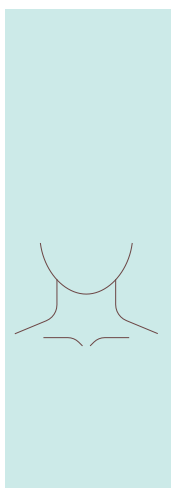


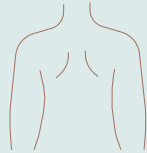
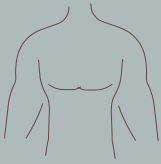
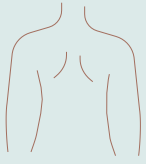
0 EXAME DA PELE NEGRA

Manual de Semiologia

Organizadoras

Ana Maria Costa Pinheiro
Juliana Tomaz Esper
Vanessa Queiroz Bastos



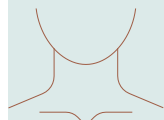
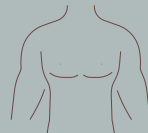
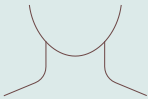


0 EXAME DA PELE NEGRA

Manual de Semiologia

Organizadoras

Ana Maria Costa Pinheiro
Juliana Tomaz Esper
Vanessa Queiroz Bastos



P654e Pinheiro, Ana Maria Costa

O exame da pele negra: manual de semiologia [recurso eletrônico] / Ana Maria Costa Pinheiro, Juliana Tomaz Esper, Vanessa Queiroz Bastos. - Brasília, 2024. 58 p. : il. color.

Inclui bibliografia.

ISBN nº 978-65-001-01931-4

1. Pele - Doenças. 2. População negra. 3. Dermatologia. I. Pinheiro, Ana Maria Costa.
2. II. Esper, Juliana Tomaz. III. Bastos, Vanessa Queiroz. IV. Título.

CDU 616.5

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Esquema das áreas topográficas
- Figura 2 - Ilustração mancha
- Figura 3 - Mancha hipercrômica em frente (Melasma)
- Figura 4 - Mancha hipercrômica em lábio e região supralabial (nevo congênito)
- Figura 5 - Mancha hipercrômica em hemitórax (nevo de Spilus)
- Figura 6 - Manchas hipercrômicas em dorso (hiperpigmentação pós-inflamatória)
- Figura 7 - Mancha hipocrômica em braço (hanseníase)
- Figura 8 - Manchas hipocrômicas em dorso (hipopigmentação pós-inflamatória)
- Figura 9 - Manchas hipocrômicas em antebraço e punho (hipopigmentação pós inflamatória)
- Figura 10- Manchas hipocrômicas em abdome (hipopigmentação pós inflamatória)
- Figura 11- Manchas acrômicas em dorso das mãos (vitiligo)
- Figura 12 - Manchas acrômicas em mamas (vitiligo)
- Figura 13- Pápulas eritematosas
- Figura 14 - Pápulas eritematosas- vitropressão
- Figura 15 - Placa eritematosa em região infra-axilar (Urticária)
- Figura 16 - Eritema em coxas (pustulose exantemática generalizada aguda)
- Figura 17 - Eritema em dorso
- Figura 18 - Eritema em dorso
- Figura 19 - Paciente eritodérmico
- Figura 20 - Paciente eritodérmico
- Figura 21 - Ilustração púrpura
- Figura 22 - Púrpura em membros inferiores
- Figura 23 - Púrpura
- Figura 24- Telangiectasias em nariz
- Figura 25 - Telangiectasias retroauriculares
- Figura 26. - Ilustração pápula
- Figura 27 - Pápulas em pavilhão auricular (múltiplos tricoepiteliomas)
- Figura 28 - Pápulas em região malar (ceratoses seborreicas)
- Figura 29 - Pápulas em região da nádega (verruga viral)
- Figura 30 - Pápula em borda palpebral (ceratose seborreica)
- Figura 31 - Placa em perna esquerda (paracoccidioidomicose)
- Figura 32 - Placa em braço esquerdo
- Figura 33 - Placas em tórax e abdome (farmacodermia)
- Figura 34 - Placa em frente e couro cabeludo (psoríase)
- Figura 35 - Tumoração em malar direita
- Figura 36 - Tumor (carcinoma espinocelular)
- Fogura 37 -Tumoração em asa nasal esquerda e glabella(leishmaniose tegumentar)
- Figura 38 - Tumoração em asa nasal esquerda (leishmaniose tegumentar)
- Figura 39 - Ilustração nódulo
- Figura 40 - Nódulo em região zigomática direita (cisto epidérmico)
- Figura 41 - Nódulo em região malar esquerda
- Figura 42 - Goma em perna direita (botriomicose)
- Figura 43 - Goma em abdome (botriomicose)
- Figura 44 - Pápulas verrucosas em tornozelo
- Figura 45- Placa verrucosa em orelha
- Figura 46- Placa verrucosa (nevo verrucoso linear)
- Figura 47 - Vegetação em monte pubiano (condiloma acuminado)
- Figura 48 - Vesículas confluentes em frente (herpes zóster oftálmico)

LISTA DE FIGURAS

- Figura 49 - Vesículas em lábios
Figura 50 - Bolhas difusas em tórax e abdome (penfigóide bolhoso)
Figura 51 - Bolhas em membro inferior direito
Figura 52 - Bolhas em coxa esquerda (penfigóide bolhoso)
Figura 53- Bolhas em abdome (penfigóide bolhoso)
Figura 54 - Ilustração pústula
Figura 55 - Múltiplas pústulas em cervical (pseudofoliculite)
Figura 56 - Pústulas em face (acne)
Figura 57 - Abscesso em glúteo direito
Figura 58 - Hiperqueratose em face lateral de pé esquerdo
Figura 59 - Hiperqueratose palmar
Figura 60 - Esclerose em coxa direita (esclerodermia)
Figura 61 - Liquenificação em coxa esquerda
Figura 62 - Liquenificação em região cervical
Figura 63 - Atrofia em região malar bilateral (lúpus eritematoso crônico subtipo discóide)
Figura 64 - Atrofia em face (lúpus eritematoso crônico subtipo discóide)
Figura 65 - Erosão (necrólise epidérmica tóxica)
Figura 66 - Erosão (Penfigóide bolhoso)
Figura 67- Pápulas escoriadas em frente
Figura 68 - Escoriações em dorso da mão
Figura 69 - Ilustração úlcera
Figura 70 - Úlcera em pé esquerdo (leishmaniose tegumentar)
Figura 71 - Úlcera em pé esquerdo (úlcera arterial)
Figura 72 - Ilustração fissura
Figura 73 - Fissura calcâneo
Figura 74 - Fístula em axila direita (hidradenite supurativa)
Figura 75- Escara
Figura 76 - Escara (eritema nodoso necrotizante)
Figura 77 - Escamas em orelha
Figura 78 - Descamação furfurácea em couro cabeludo
Figura 79 - Descamação laminar em tornozelo
Figura 80 - Escamas gordurosas em região malar
Figura 81- Escamas laminares em região do dorso
Figura 82- Escamas laminares em região de membros inferiores
Figura 83- Escamas laminares
Figura 84- Escamas laminares
Figura 85 - Crosta melicérica
Figura 86 - Crosta hemática
Figura 87 - Crosta hemática
Figura 88 - Cicatriz atrófica em ombro direito
Figura 89 - Cicatriz atrófica em joelho
Figura 90 - Cicatriz hipertrófica em mama
Figura 91 - Cicatriz hipertrófica em cervical
Figura 92 - Quelóide em lóbulo de orelha esquerda
Figura 93- Linhas de Fitcher-Voigt
Figura 94 - Hipopigmentação vertical esternal
Figura 95 - Hiperpigmentação das dobras palmares
Figura 96 - Hipermelanose palmar
Figura 97- Hipermelanose plantar
Figura 98- Hipermelanose plantar
Figura 99- Hiperpigmentação de mucosa oral
Figura 100 - Melanônquia

SUMÁRIO

— APRESENTAÇÃO

— INTRODUÇÃO

1 DEFINIÇÃO COR DA PELE

2 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA PELE NEGRA

2.1 ESTRATO CÓRNEO

2.2 ESTRUTURA EPIDÉRMICA

2.3 APÊNDICES

2.3.1 Glândula sudoríparas

2.3.2 Glândula apócrina

2.3.3 Glândula sebácea

2.3.4 Folicúlo piloso

2.4 DERME

3 CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DA PELE PIGMENTADA

3.1 ABSORÇÃO PERCUTÂNEA

3.2 IRRITANTES DA PELE

4 SEMIOLOGIA DA PELE NEGRA - LESÕES ELEMENTARES

4.1 TOPOGRAFIA

4.2 LESÕES ELEMENTARES

4.2.1 Manchas ou Máculas

4.2.2 Lesões sólidas ou elevadas

4.2.3 Lesões de conteúdo líquido

4.2.4 Lesões elementares primárias por alteração de espessura

4.2.5 Lesões elementares secundárias

4.2.6 Sequelas

5 DIFERENÇAS NA TERMINOLOGIA DAS LESÕES ELEMENTARES

6 LESÕES CUTÂNEAS FISIOLÓGICAS DA PELE NEGRA

— CONSIDERAÇÕES FINAIS

— REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO



Esse livro surgiu a partir da demanda de alunos de graduação em medicina que queriam entender e aprender semiologia cutânea em pacientes de pele negra. Surgiu de uma pergunta simples e direta:

Como são essas manifestações em quem tem a pele preta?

A partir dessa indagação veio a constatação: a medicina e o ensino médico são baseados, de forma quase absoluta, em literatura baseada na área branca.

Existe uma escassez de produção literária voltada para a pele negra em um país de mais de

50% de negros e pardos

Como lidamos com isso?

Será que somos capazes de **identificar alterações semiológicas na pele negra** ou na pele branca da mesma maneira?



Será que somos capazes de **classificar a cor da pele em diferentes indivíduos?**

Será que negligenciamos as manifestações e doenças presentes em pacientes de pele negra?

Será que existe **relação da cor da pele** com as diferentes **doenças cutâneas?**



Esses aspectos só podem ser conhecidos ou entendidos por nós a partir do reconhecimento de manifestações fisiológicas e patológicas da pele negra.



A semiologia é a disciplina do curso de medicina na qual o aluno aprende a ouvir o paciente com suas queixas que o motivaram a procurar atendimento, conhecer sua história atual, passada e familiar. O aluno aprende técnicas e nomenclaturas do exame físico que o ajudaram no raciocínio diagnóstico e na condução desse paciente. É nesse momento, que ele estabelece o primeiro contato com o paciente, tem a oportunidade de entender as diferentes manifestações e suas implicações na manutenção da saúde ou na produção de doenças. A semiologia é, portanto, matéria importante na sua formação do médico.



Há vinte sete anos sou professora de dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, ao longo desses anos venho ensinando os achados de semiologia cutânea para graduandos e residentes de dermatologia, mas recentemente senti que faltava produzir material que descrevesse as lesões cutâneas na pele negra, e assim colaborar com uma formação médica mais real em relação a nossa população.



Assim foi criado esse manual, para alunos de medicina e para as demais áreas da saúde, assim como residentes e médicos que se interessem pelo estudo da semiologia cutânea. Nada melhor para entender um assunto, do que o estudar. Espero que esse manual possa contribuir no conhecimento do assunto e reduzir desigualdades de conhecimento em relação a pele negra.

INTRODUÇÃO

A semiologia médica é a área do conhecimento que dedica sua atenção aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Esse conjunto de queixas e achados de exame físico é a base para um bom diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento adequado.

A semiologia da pele tem importância fundamental na formação dos profissionais de saúde, contribuindo imensamente para o aprendizado de doenças dermatológicas e de doenças sistêmicas que possam apresentar manifestações também na pele.

Um diagnóstico preciso começa na identificação de estruturas das lesões cutâneas, chamadas lesões elementares, completando um "quebra-cabeça" que nos leva às diferentes hipóteses diagnósticas.

O reconhecimento das lesões elementares, que são modificações do tegumento cutâneo determinadas por processos inflamatórios, neoplásicos, degenerativos, por distúrbios do metabolismo, entre outros, baseia-se na inspeção, palpação, digitopressão e compressão dessas lesões, com suas diferentes estruturas e terminologia.

Para um estudo verdadeiro e digno da medicina, a análise de todos os indivíduos deve ser contemplada de forma indiferente para as diferentes raças e etnias. O termo raça é usado para definir grupos humanos que possuem certas características fisiológicas e biológicas comuns. Esse termo ainda é aceito na área de saúde, mas reflete preconceito, considerando que raça é um termo não científico que pode ter apenas significado biológico: "o ser se apresenta homogêneo, estritamente puro, como em algumas espécies de animais domésticos".

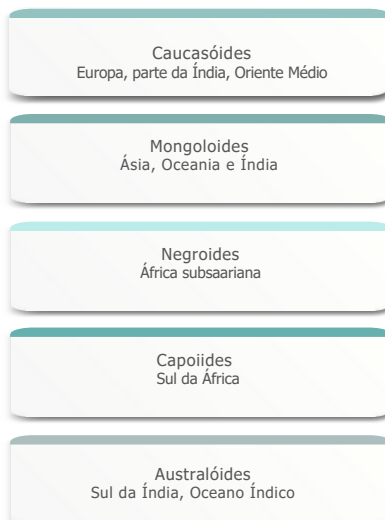
O projeto Genoma Humano, iniciado em 1990, procurou entender a composição genética da espécie humana e, talvez, possa responder questões sobre a evolução da cor da pele, mas o estudo do DNA mostrou que todos os humanos são geneticamente iguais, independentemente da cor da pele. Embora o estudo da pigmentação da pele tenha sua importância no conhecimento de doenças e tratamentos, as raças não existem como entidades separadas, enraizadas e biológicas, e a ideia de raça é apenas um conceito socialmente construído.

No Brasil, 55,5% da população declara-se preta ou parda, segundo dados do Censo do IBGE.⁶

Os livros de medicina mostram minimamente a diversidade das diferentes raças ou etnias, e apenas 4,5% de suas imagens correspondem à pele negra⁶. O reconhecimento de lesões no exame dermatológico pela inspeção visual pode sofrer interferências em razão das diferenças da cor da pele examinada, seja ela preta ou branca.

A semiologia dermatológica no Brasil é ensinada por livros e apostilas com lesões do ponto de vista da pele branca, não incluindo as manifestações da pele negra. Assim sendo, muitos médicos não estão aptos a reconhecer lesões de pele nessa população, e os estudantes e profissionais de saúde não estarão, no futuro, qualificados a identificar e tratar de forma correta as diferentes dermatoses ou doenças relacionadas a achados de lesões cutâneas da pele negra. ●

A ESPÉCIE HUMANA FOI JÁ DIVIDIDA EM DIFERENTES RAÇAS QUE INCLUEM:



Contudo, tal classificação é imperfeita e por não abranger todas as cores da pele.

A cor da pele humana é determinada pela melanina, pigmento endógeno produzido pelos melanócitos presentes na epiderme. Existem outros pigmentos que podem traduzir a coloração de maneira localizada ou generalizada, como os carotenoides presentes em alguns alimentos ou a hemoglobina, presente no sangue, mas esses, diferentemente da melanina, são pigmentos eventuais.

A síntese da melanina ocorre nos melanócitos, que são células dendríticas, derivadas da crista neural, situadas na camada basal da epiderme e do folículo piloso. Os melanócitos contêm grânulos denominados melanossomos, dentro dos quais ocorre a síntese da melanina. Os melanócitos conectam-se a um determinado número de queratinócitos epidérmicos e transferem melanossomos carregados de grãos de melanina através de seus dendritos. Existe um melanócito para cada 36 a 40 queratinócitos, proporção variável de acordo com a unidade anatômica. A variação de cor da pele deve-se a variações no número, no tamanho e na agregação dos melanossomos dentro dos melanócitos e queratinócitos, e não ao número de melanócitos existentes.

Definir a cor da pele preta implica uma discussão sobre raças e grupos étnicos da espécie *Homo sapiens*. A pele reage a fatores ambientais, como a luz solar, e essa seria apenas uma manifestação fenotípica dentre tantas outras usadas para categorizar uma subespécie. A variação da cor da pele desenvolveu-se por meio de processo de seleção natural, isto é, características biológicas diferentes facilitaram a adaptação a um ambiente particular. As classificações da cor da pele tendem a ser arbitrárias e, talvez, mais importantes que as variações inter-raciais sejam as variações entre membros de um mesmo grupo racial.

Na dermatologia, a classificação de Fitzpatrick, de 1975, amplamente usada em estudos e publicações, classifica a pele em diferentes subtipos, em uma escala de I a VI, baseada no efeito do sol na pele, por uma graduação de queimadura e/ou bronzeamento/pigmentação, sendo os subtipos IV, V e VI classificados como pele preta. Nessa classificação, existem nuances de diferença que, muitas vezes, com a miscigenação dos povos, tornam difícil a classificação exata de um indivíduo. Entretanto, ainda é amplamente aceita e utilizada no meio médico e científico.

Em 2002, Taylor et al.³ propuseram uma escala de hiperpigmentação, chamada Taylor Hyperpigmentation Scale (THS), método de baixo custo, em que são usadas 15 cartelas com diferentes tons de pele, que abrangem toda a gama de tipos de pele Fitzpatrick I-VI. Cada cartela contém 10 bandas de graduações cada dez mais escuras da tonalidade da pele. Comparando a pele examinada com a cartela, é possível determinar e classificar a cor da pele. Apesar de a THS se mostrar uma metodologia mais precisa para a avaliação da pele negra, essa escala ainda não contempla todos os tipos possíveis de tonalidades da pele.



Mesmo não havendo um método preciso e inquestionável, a avaliação da cor da pele é, na prática, fundamental para o diagnóstico e o monitoramento de doenças e para a análise de estudos e projetos da pele negra.

A pele negra possui algumas diferenças anatômicas e estruturais que levam a propriedades funcionais com consequências clínicas

2.1 ESTRATO CÓRNEO

A espessura média, ou número de células do estrato ou camada córnea, é semelhante nas peles pretas e brancas, sendo que essa camada parece ser mais compacta nos negros, refletindo maior coesão intercelular, com maior conteúdo lipídico, o que leva maior densidade do estrato córneo. Essa estrutura do estrato córneo poderia afetar a função de barreira e, portanto, as reações por irritantes.^{7,8}

2.2 ESTRUTURA EPIDÉRMICA

Não há diferenças entre as camadas epidérmicas da pele branca e da pele preta. A pele preta apresenta características próprias na sua pigmentação, com melanossomos maiores, em maior número e com mais melanina em seu interior. A degradação da melanina também acontece de forma mais lenta em comparação com a pele branca.

2.3 APÊNDICES CUTÂNEOS

Parece haver diferenças celulares na derme de indivíduos negros e brancos. Os fibroblastos na pele negra são maiores, multinucleados e encontram-se em maior quantidade. O número de macrófagos é aumentado, assim como o número de mastócitos. Os feixes de colágenos em negros são menores e paralelos à epiderme. Foi observado que a hiper-reatividade dos fibroblastos se deve a uma interação desses com algumas citocinas, combinado à redução na atividade da colagenase, o que explicaria o aumento da incidência na formação de queloides em indivíduos negros.

2.3.1 Glândulas sudoríparas

As glândulas sudoríparas são fundamentais no sistema termorregulador do corpo. Foi observada um diferencial na atividade funcional de glândulas sudoríparas écrinas, entre a pele preta e a branca, porém não está claro se essas diferenças se relacionam à genética ou a adaptações ambientais.

2.3.2 Glândula apócrina

A glândula sudorípara apócrina está presente na região axilar, perianal e nasal. Montagna et al.⁶ descreveram que as glândulas apócrinas ocorriam de forma mais frequente na pele da mulher negra, mas esse significado não é claro.

2.3.3 Glândula sebácea

A glândula sebácea está ligada ao folículo piloso e produz sebo, que é eliminado na superfície da pele. Embora tenham sido sugeridas diferenças entre o tamanho e a atividade da glândula sebácea na pele negra e na branca têm sido sugeridas, mas Taylor et al. ⁹ enfatizam que faltam estudos comparativos que investiguem diferenças no tamanho e na atividade das glândulas sebáceas.

2.3.4 Folículo piloso

Os cabelos de indivíduos de todas as raças compartilham elementos estruturais comuns, como queratina, aminoácidos, tirosina, fenilalanina e amônia, podendo haver diferenças na proporção de alguns desses elementos, como o aumento de tirosina e fenilalanina nos indivíduos negros. ⁹

Os cabelos estão entre as características fenotípicas mais distintas em indivíduos da pele negra. Os fios são descritos como cabelos em espiral. A forma espiralada apresenta, em corte transversal, um eixo principal maior, dando à haste uma forma elíptica achatada. Os folículos do couro cabeludo e do próprio cabelo são curvos. Não se observa diferença na espessura da cutícula e das células corticais.

Montagna et al. encontraram menos fibras ancorando os folículos pilosos à derme. Isso pode explicar a maior frequência de certos tipos de alopecia, como a alopecia de tração. Os grânulos de melanina, que dão a coloração preta aos cabelos de pessoas negras, são maiores do que os observados em cabelos pretos de indivíduos com a pele branca.

O exame por ultraestrutura dos fios dos cabelos determinou que os cabelos africanos tenham tendência a formar nós e fissuras longitudinais em comparação com cabelos de brancos e asiáticos, e a pontas dos cabelos apresentaram mais comumente fraturas.

A diferença em vários aspectos funcionais da pele preta e branca é controversa e não existe consenso, pois os estudos são em um pequeno número de pacientes e com diferentes metodologias (Quadro 1).

Características funcionais	Consequências clínicas
Epiderme com maior densidade da camada córnea*	Menor função da barreira cutânea * Menor absorção percutânea*
Menor conteúdo de melanina	Menor incidência de câncer de pele Menor Figura enrelhecimento Menor pigmentação pós-inflamatória
Derme com fibroblastos grandes e multinucleados	Menor tendência à formação de queloides

Fonte: Elaboração própria.
Notas: * dados conflitantes.

3.1 ABSORÇÃO PERCUTANÊA

A variação da permeabilidade da pele depende de alguns fatores, como a espessura do estrato córneo, seu grau de integridade e a densidade de apêndices cutâneos. Os resultados na absorção percutânea dos diferentes grupos raciais em diferentes estudos foram conflitantes.

3.2 IRRITANTES DA PELE

A avaliação do diferencial de irritabilidade dos diferentes tipos de pele é controversa. Estudos avaliam a irritação pela presença de eritema, coloração rósea a avermelhada, para determinar o grau de irritabilidade. Sabidamente, as cores vermelha ou rósea são difíceis de observar na presença de muito pigmento, o que pode levar a uma falta de precisão na observação da irritação.

Outros estudos avaliaram o teor de água, perda trans epidérmica e a microcirculação, embora com falhas metodológicas ⁶. Alguns autores referem que a pele negra tem maior perda de água trans epidérmica, o que levaria a uma tendência ao ressecamento cutâneo.

A função de barreira comprometida, baseada na densidade da camada córnea, pode resultar em maior suscetibilidade a irritantes, mas dados conflitantes foram relatados com relação a que tipo racial teria maior integridade de barreira ou mesmo maior recuperação de sua permeabilidade.

Contudo, apesar de dados conflitantes em várias estruturas e funções da pele negra, existe consenso de que a concentração maior de melanina leva a uma fotoproteção maior e a menor chance de desenvolvimento de câncer da pele, e de que a derme com maior atividade dos fibroblastos pode explicar a tendência à formação de queloides.

A descrição do exame da pele consiste em conceituar e denominar as diferentes alterações cutâneas após sua inspeção, palpação, dígito pressão e compressão.

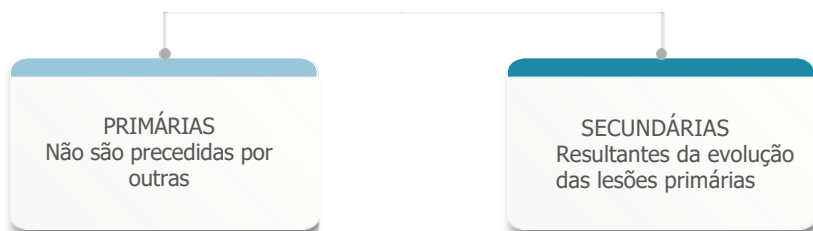
A inspeção da pele deve ser realizada com iluminação natural ou alguma fonte de luz artificial não direta na pele, usando-se ou não uma lupa para a visualização de detalhes da lesão. Todo o tegumento deve ser examinado, respeitando-se a privacidade e o conforto do paciente.

Na palpação, podem ser avaliadas a profundidade da lesão, sua consistência, sua relação com outras estruturas, a alteração de temperatura e os sinais de ressecamento e de fragilidade. A palpação deve ser feita com pinçamento digital, sem uso de luras, a não ser em casos de contaminação para o paciente ou lesões com secreção e abertas.

Na dígito pressão ou vitropressão, fazemos uma compressão na pele, no local da lesão, usando os dedos ou um instrumento transparente, como uma lâmina de vidro, tentando levar a um esvaziamento da circulação vascular naquele local e, assim, determinar diferenças em lesões, como eritema e púrpura, alterações descritas como vasculares, que veremos mais adiante.

A compressão, ou pressão da pele contra um tecido subjacente, avaliar a presença de edema e a consistência de uma lesão cutânea.

As lesões cutâneas são divididas em:



É importante saber identificar as lesões cutâneas e descrevê-las, mas essa é uma dúvida frequente para médicos e especialistas. Por isso, na prática médica, a interpretação do exame dermatológico é fundamental, com atenção aos diferentes achados e sintomas observados. O diagnóstico e as condutas adotadas baseiam-se em um conjunto de atitudes na prática médica. A abordagem inicia-se com uma anamnese, leva em consideração a queixa do paciente, a história da doença atual, seus antecedentes patológicos e familiares, assim como hábitos de vida, uso de medicamentos e passado de alergias ou cirurgias prévias.

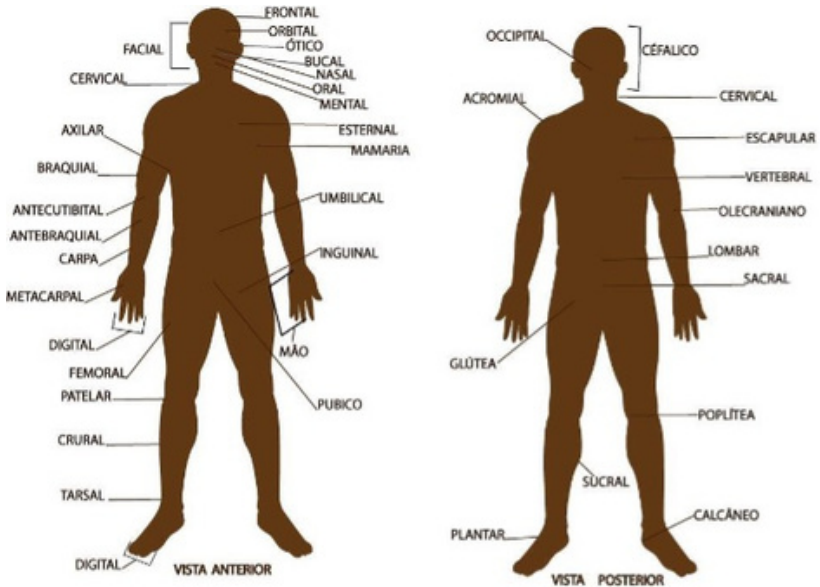
Na semiologia dermatológica, sempre surgem as seguintes perguntas: "quando e como surgiu; como evoluiu, se existe coceira, ardência ou dor no local; e uso de medicamento tópico ou sistêmico?". Essas perguntas, associadas à descrição da lesão, leva a um bom raciocínio diagnóstico.

Como a pele é um órgão exposto, o exame dermatológico torna-se de fácil acesso, mas a inspeção deve ser realizada não só na pele, mas também em unhas, mucosas, pelos e cabelos. É fundamental entender que as manifestações cutâneas não ocorrem apenas nas doenças dermatológicas, como também em várias doenças sistêmicas. Por isso, é imprescindível que todos os profissionais de saúde saibam e realizem, de fato, o exame da pele e a correta descrição dessas manifestações, já que eles são responsáveis pela maioria dos diagnósticos realizados na atenção de saúde primária.

4.1 TOPOGRAFIA

No exame físico, é importante identificar a localização e a topografia da lesão, parâmetros que, além de produzir uma descrição mais detalhada, colabora no diagnóstico diferencial das dermatoses, já que existem lesões com localização mais frequente ou exclusiva, como as fotodermatoses, em áreas expostas ao sol; e a dermatite seborreica, presentes no couro cabeludo, na face e na parte superior do tronco (Figura 1).

Figura 1 - Esquema das áreas topográficas



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

4.2 DISTRIBUIÇÃO - NÚMERO DAS LESÕES

Localizada, em uma ou algumas regiões.

Disseminada, em várias regiões do corpo.

Generalizada, em todo o tegumento, mas ainda apresentando pele sem alterações.

Universal, em todo o tegumento, sem deixar área sem lesão, manifestando-se do couro cabeludo ao pé.

4.3 LESÕES ELEMENTARES

4.3.1 Manchas ou máculas

As lesões elementares da pele podem ser classificadas em primárias e secundárias. A seguir, serão descritas cada uma delas, mas ressalta-se que, na grande maioria das doenças de pele, ocorre mais de uma alteração em uma única lesão.

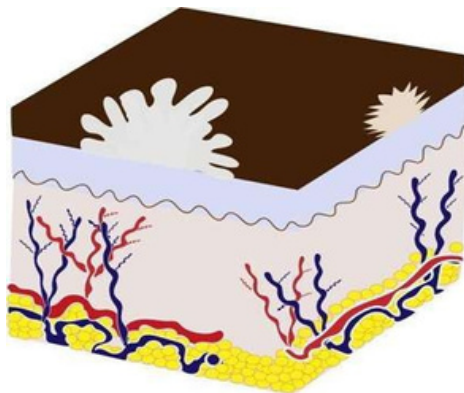
São lesões planas, causadas por alterações da cor da pele, em determinada região, sem modificação da textura ou do relevo, independentemente de sua natureza, causa ou mecanismo (Figura 2).

São divididas em duas categorias:

a) Mancha pigmentar
decorrente de acúmulo de pigmento

b) Mancha vasculossanguínea
de componente vascular

Figura 2 - Ilustração mancha



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

4.3.1.1 Mancha pigmentar

Essas lesões podem ser desencadeadas por pigmentos endógenos, como melanina, bilirrubina ou betacaroteno; e pigmentos exógenos, como metais ou corantes introduzidos na pele.

O grupo mais presente no ser humano são as lesões decorrentes do pigmento melanina, relacionado ao seu aumento, sua diminuição ou sua ausência, e recebe as seguintes denominações:

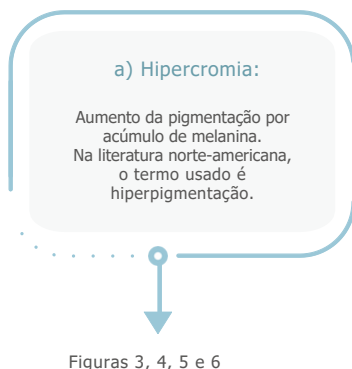
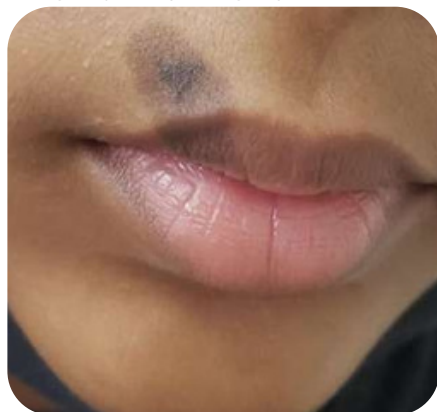


Figura 3 - Mancha hiperocrômica em fronte (Melasma)



Fonte: Elaboração própria

Figura 4 - Mancha hipercrômica em lábio e região supralabial (nevo congênito)



Fonte: Elaboração própria

Figura 5 - Mancha hipercrômica em hemitórax (nevo de Spilus)



Fonte: Elaboração própria

Figura 6 - Manchas hipercrômicas em dorso (pigmentação pós-inflamatória)



Fonte: Elaboração própria

b) Hipocromia:
Redução da
pigmentação melânica
na lesão

Figuras 7, 8, 9 e 10

Figura 7 - Mancha hipocrômica em
braço (hanseníase)



Fonte: Elaboração própria

Figura 8 - Manchas hipocrômicas em dorso
(hipopigmentação pós inflamatória)



Fonte: Elaboração própria

Figura 9 - Manchas hipocrômicas em antebraço
e punho (hipopigmentação pós-inflamatória)



Fonte: Elaboração própria

Figura 10 - Manchas hipocrômicas em abdome
(hipopigmentação pós inflamatória)



Fonte: Elaboração própria

c) Acromia:
Ausência de pigmentação



Figuras 11 e 12

Figura 11- Manchas acrômicas em dorso das mãos (vitiligo)



Fonte: Elaboração própria

Figura 12 - Manchas acrômicas em mamas (vitiligo)



Fonte: Elaboração própria

4.3.1.2 Mancha vasculossanguínea

Ocorre pela presença de sangue, por fenômeno de vasodilatação ou extravasamento de sangue na derme, recebendo uma coloração vermelha ou violácea na superfície. Esse fenômeno pode ser denominado transitório ou permanente e é determinado pela pressão da pele sobre a lesão. Nas lesões transitórias, há um desaparecimento da coloração rósea ou vermelha; nas lesões ditas permanentes, a coloração não desaparece. Figuras: 13 e 14.

Figura 13 - Pápulas eritematosas Figura



Fonte: Elaboração própria

14 - Pápulas eritematosas - vitropressão



Fonte: Elaboração própria

As lesões transitórias são chamadas de **eritema**, e as permanentes, de **púrpuras**.

Na pele negra, observar essa coloração vermelha ou rósea, por vezes, é muito difícil, considerando a presença de melanina. Assim, a realização da dígito pressão para classificar em permanente ou transitória se torna ineficaz ou muito difícil.

4.3.1.2.1 Eritema

Manchas de coloração rósea ou vermelha, provocadas pelo aumento de fluxo sanguíneo na região (Figuras 15, 16, 17 e 18).

Figura 15 - Placa eritematosa em região infra-axilar (Urticária)



Fonte: Elaboração própria

Figura 16 - Eritema em coxas (pustulose exantemática generalizada aguda)



Fonte: Elaboração própria

Figura 17 - Eritema em dorso



Fonte: Elaboração própria

Figura 18 - Eritema em dorso



Fonte: Elaboração própria

O eritema de distribuição universal recebe o nome de **eritrodermia**, acompanhado, na maioria das vezes, de descamação (Figura 19 e 20) e considerado um diagnóstico sindrômico, relacionado a algumas doenças dermatológicas, como psoríase, dermatite atópica, linfomas e reação a drogas.

Figura 19 - Paciente eritrodérmico



Fonte: Elaboração própria

Figura 20 - Paciente eritrodérmico

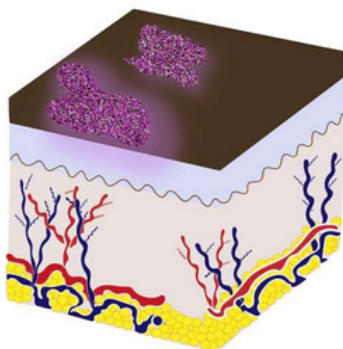


Fonte: Elaboração própria

4.3.1.2.2 Púrpuras

Manchas decorrentes de extravasamento vascular, de coloração vermelha a violácea e que não desaparecem à digitopressão. Podem ser classificadas em petéquias (com alguns milímetros de tamanho, puntiformes), víbice (com alguns milímetros, lineares), equimose (manchas maiores que 1 cm) e hematomas (grandes coleções de sangue, que, muitas vezes, leva à elevação da região). O termo mancha purpúrica também pode ser usado como definição de manchas maiores que 1 cm (Figuras 21, 22 e 23).

Figura 21 - Ilustração púrpura



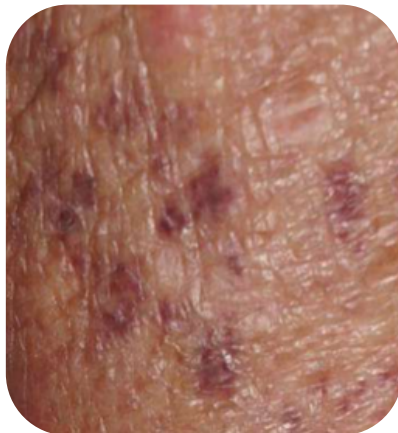
Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 22 - Púrpura em membros inferiores



Fonte: Elaboração própria

Figura 23- Púrpura

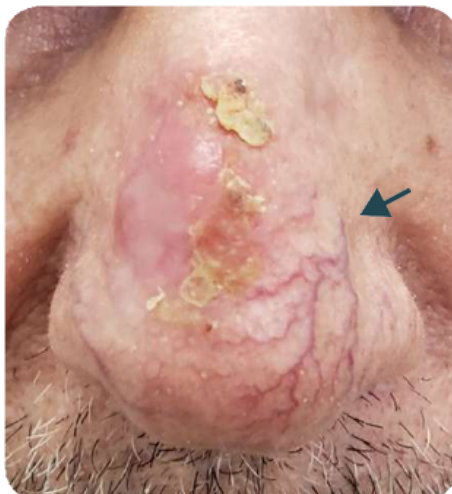


Fonte: Elaboração própria

4.3.1.2.3 Telangiectasias

São lesões vasculares por dilatação permanente do calibre de pequenos ramos; têm aspecto linear ou sinuoso (Figuras 24 e 25).

Figura 24 - Telangiectasias em nariz



Fonte: Elaboração própria

Figura 25 - Telangiectasias retroauriculares



Fonte: Elaboração própria

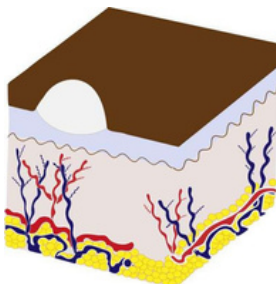
4.3.2 Lesões sólidas ou elevadas

As lesões sólidas são causadas por fenômenos distintos que levam ao acúmulo de células em determinado local ou ao seu espessamento.

4.3.2.1 Pápula

Lesão palpável, superficial à palpação, menor que 1 cm, provocando certa elevação; podem ser isoladas ou agrupadas (Figuras 26, 27, 28, 29 e 30).

Figura 26 - Ilustração pápula



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 27 - Pápulas em pavilhão auricular (múltiplos tricoepiteliomas)



Fonte: Elaboração própria

Figura 28 - Pápulas em região malar (ceratoses sebóricas)



Fonte: Elaboração própria

Figura 29 - Pápulas em região da nádega
(Verruga viral)



Fonte: Elaboração própria

Figura 30 - Pápula em borda palpebral
(ceratose seborreica)



Fonte: Elaboração própria

4.3.2.2 Placa

Lesão circunscrita ligeiramente elevadas, em platô, com a superfície plana, maior que 1 cm (Figuras 31, 32, 33 e 34).

Figura 31 - Placa em perna esquerda
(paracoccidioidomicose)



Fonte: Elaboração própria

Figura 32 - Placa em braço esquerdo



Fonte: Elaboração própria

Figura 33 - Placas em tórax e abdome
(farmacodermia)



Fonte: Elaboração própria

Figura 34 - Placa em fronte e couro cabeludo
(psoríase)



Fonte: Elaboração própria

4.3.2.3 Tumor

Lesão sólida, circunscrita, superficial e profunda, maior que 3 cm (Figuras 35, 36, 37 e 38).

Figura 35 - Tumoração em malar direita



Fonte: Elaboração própria

Figura 36- Tumor (carcinoma espinocelular)



Fonte: Elaboração própria

Figura 37 - Tumoração em frente e em região nasal (leishmaniose difusa)



Fonte: Elaboração própria

Figura 38 - Tumoração em asa nasal esquerda (leishmaniose tegumentar)

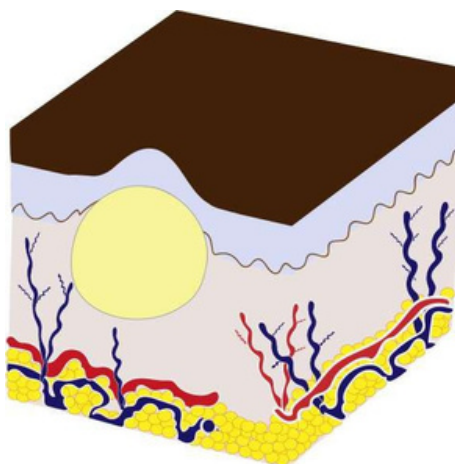


Fonte: Elaboração própria

4.3.2.4 Nódulo

Lesão sólida, circunscrita (caroço), medindo entre 1 e 3 cm, consistência endurecida, visível ou não pela inspeção e reconhecido pela palpação, decorrente do acúmulo de células na derme profunda e na hipoderme (Figuras 39, 40 e 41).

Figura 39- Ilustração nódulo



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 40- Nódulo em região zigomática direita (cisto epidérmico)



Fonte: Elaboração própria

Figura 41 - Nódulo em região malar esquerda



Fonte: Elaboração própria

4.3.2.5 Goma

A lesão é definida como nódulo que se liquefaz na sua porção central, podendo ulcerar e eliminar material necrótico. Apresenta quatro fases:

- A. endurecimento, correspondente à infiltração celular, que é o nódulo propriamente dito;
- B. amolecimento, correspondente à necrose central;
- C. esvaziamento, correspondente à fistulização, isto é, processo necrótico que chega à epiderme, acabando por se abrir para o exterior por meio de úlceras ou fístulas;
- D. reparação, correspondente à fibrose que se forma para ocupar o espaço vazio deixado pelo material eliminado, levando à cicatriz (Figuras 42 e 43).

Figura 42 - Goma em perna direita (botriomicose)



Fonte: Elaboração própria

Figura 43 - Goma em abdome (Botriomicose)



Fonte: Elaboração própria

4.3.2.6 Verrucosidade

Lesão sólida, elerada, de superfície dura e inelástica, formada por aumento da queratina da camada córnea (Figuras 44, 45 e 46).

Figura 44 - Pápulas verrucosas em tornozelo



Fonte: Elaboração própria

Figura 45- Placa verrucosa em orelha



Fonte: Elaboração própria

Figura 46 - Placa verrucosa em região cervical
(nevo epidérmico verrucoso)



Fonte: Elaboração própria

4.3.2.7 Vegetação

Lesão sólida e elevada, que ocorre por projeção da pele, levando a um aspecto papilomatoso, semelhante a uma couve-flor, de superfície friável e mole (Figura 47).

Figura 47 - Vegetação em monte pubiano (condiloma acuminado)



Fonte: Elaboração própria

4.3.3 Lesões de conteúdo líquido

Essas lesões ocorrem por acúmulo de líquido, podendo ser sangue, soro, pus ou uma mistura dessas substâncias.

4.3.3.1 Vesícula

Elemento líquido de até 1 cm, conteúdo seroso, citrino, hemorrágico ou purulento (Figuras 48 e 49).

Figura 48 - Vesículas confluentes em fronte (herpes zóster oftálmico)



Fonte: Elaboração própria

Figura 49 - Vesículas em lábios



Fonte: Elaboração própria

4.3.3.2 Bolha

Elevação circunscrita com conteúdo líquido, maior que 1 cm, também com os mesmos conteúdos de uma vesícula (Figuras 50, 51, 52 e 53).

Figura 50 - Bolhas difusas em tórax e abdome (penfigóide bolhoso)



Fonte: Elaboração própria

Figura 51 - Bolhas em membro inferior direito



Fonte: Elaboração própria

Figura 52 - Bolhas em coxa esquerda (penfigóide bolhoso)



Fonte: Elaboração própria

Figura 53 - Bolhas em abdome (penfigóide bolhoso)

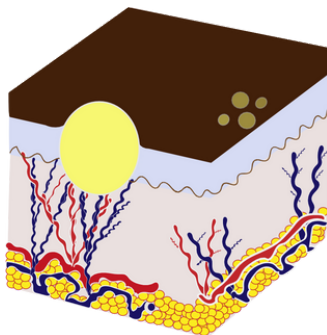


Fonte: Elaboração própria

4.3.3.3 Pústula

Elemento líquido de conteúdo purulento com até 1 cm de tamanho, sendo a mesma coisa que uma vesícula purulenta, apenas com uma denominação específica (Figuras 54, 54 e 56).

Figura 54 - Ilustração pústula



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 55 - Múltiplas pústulas em cervical (pseudofoliculite)



Fonte: Elaboração própria

Figura 56 - Pústulas em face (acne)



Fonte: Elaboração própria

4.3.3.4 Abscesso

É uma coleção de pus de tamanhos variados, na profundidade dos tecidos. O abscesso, apesar de ser classificado como lesão elementar, é acompanhado de sinais flogísticos como calor, rubor (vermelhidão) e dor (Figura 57).

Figura 57 Abscesso em glúteo direito



Fonte: Elaboração própria

Essas lesões ocorrem por acúmulo de líquido, podendo ser sangue, soro, pus ou uma mistura dessas substâncias.

4.3.4 Lesões elementares primárias por alteração de espessura

4.3.4.1 Ceratose ou queratose

Os dois termos são aceitos e referem-se ao espessamento superficial da epiderme, por proliferação excessiva da camada córnea, tornando a superfície áspera e esbranquiçada ou amarelada. Quando excessiva, pode assumir aspecto de verrucosidade (Figuras 58 e 59).

Figura 58 - Hiperqueratose em face lateral do pé esquerdo



Fonte: Elaboração própria

Figura 59 - Hiperqueratose palmar



Fonte: Elaboração própria

4.3.4.2 Esclerose

A área torna-se endurecida em decorrência da proliferação do tecido colágeno, o que dificulta o seu pagueamento por pressão digital. A área atingida pela esclerose costuma se tornar brilhante e lisa. Esse achado é mais palpável do que visível (Figura 60).

Figura 60 - Esclerose em coxa direita (esclerodermia)



Fonte: Elaboração própria

4.3.4.3 Liquenificação

Espessamento, com a intensificação das linhas e dos sulcos naturais da pele, devido ao aumento da camada espinhosa da epiderme; pode indicar um ato de coçar persistente (Figuras 61 e 62).

Figura 61 - Liquenificação em coxa



Fonte: Elaboração própria

Figura 62 - Liquenificação em região cervical



Fonte: Elaboração própria

4.3.4.4 Atrofia

Adelgaçamento da pele por redução dos componentes teciduais da pele. Observa-se um enrugamento, pois a pele está mais fina em relação à pele circunjacente (Figuras 63 e 64).

Figura 63 - Atrofia em região malar bilateral (lúpus eritematoso crônico subtipo discóide)



Fonte: Elaboração própria

Figura 64 - Atrofia em face (lúpus eritematoso crônico subtipo discóide)



Fonte: Elaboração própria

4.3.5 Lesões elementares secundárias

4.3.5.1 Lesões por perda de substância ou perda de continuidade

Essas lesões ocorrem por mecanismo patológico ou por ruptura da pele decorrente de processos traumáticos.

4.3.5.1.1 Erosão ou exulceração

Perda parcial da epiderme, podendo acometer a derme superficial, cuja resolução acontece sem causar cicatrizes (Figuras 65 e 66).

Figura 65 - Erosão (necrólise epidérmica tóxica)



Fonte: Elaboração própria

Figura 66- Erosão (Penfigóide bolhoso)



Fonte: Elaboração própria

4.3.5.1.2 Escoriação

Perda superficial, semelhante à erosão, mas de característica linear e associada a processo traumático e por coçadura (Figuras 67 e 68).

Figura 67 - Pápulas escoriadas em fronte



Fonte: Elaboração própria

Figura 68 - Escoriações em dorso da mão

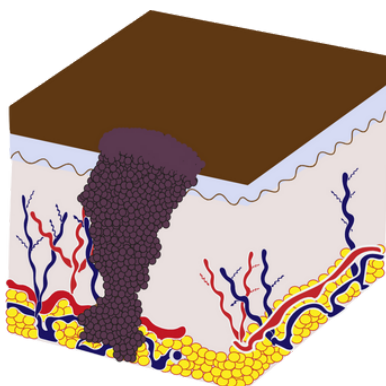


Fonte: Elaboração própria

4.3.5.1.3 Úlcera ou ulceração

Perda circunscrita da pele, superficial e profunda, podendo atingir todas as camadas da pele, epiderme, derme e hipoderme, assim como músculos e ossos (Figuras 69, 70 e 71).

Figura 69 - Ilustração úlcera



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 70 - Úlcera em pé esquerdo (leishmaniose tegumentar)



Fonte: Elaboração própria

Figura 71 - Úlcera em pé esquerdo (úlcera arterial)

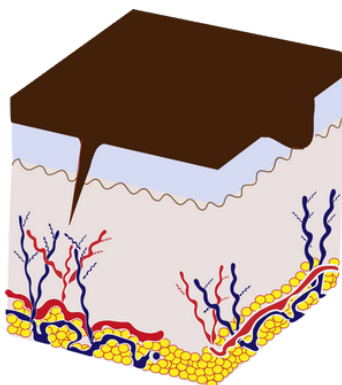


Fonte: Elaboração própria

4.3.5.1.4 Fissura

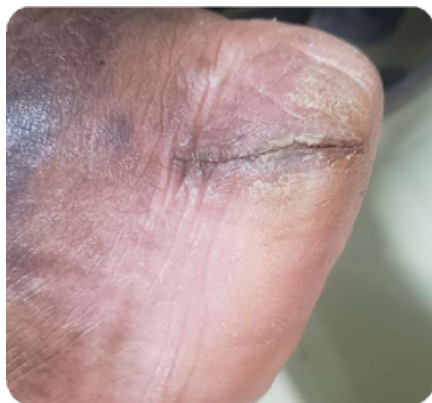
Ruptura linear, estreita e profunda, formada quando a pele perde a flexibilidade e torna-se quebradiça. São mais comuns em áreas como lábios, dobras, mãos e pés (Figura 72 e 73).

Figura 72 - Ilustração fissura



Fonte: Figura de Ludmila Reis.

Figura 73 - Fissura calcâneo



Fonte: Elaboração própria

4.3.5.1.5 Fístula

Pertuito na pele, geralmente com borda fibrótica, por onde se dá a drenagem de material profundo, necrótico ou supurativo (Figura 74).

Figura 74 - Fístula em axila direita (hidradenite supurativa)



Fonte: Elaboração própria

4.3.5.1.6 Escara

Perda tecidual acompanhada de área enegrecida e necrótica, que evolui para ulceração (Figuras 75 e 76).

Figura 75 - Escara



Fonte: Elaboração própria

Figura 76 - Escara
(eritema nodoso necrotizante)



Fonte: Elaboração própria

4.3.5.2 Lesões secundárias ou caducas

4.3.5.2.1 Escama

Massa laminar de aspecto e dimensões variáveis, resultante da perda de queratinócitos superficiais. Ela pode ser laminar, fina, furfurácea (aspecto de farinha) ou gordurosa (Figuras 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83 e 84).

Figura 77 - Escamas em orelha



Fonte: Elaboração própria

Figura 78- Descamação furfurácea em couro cabeludo



Fonte: Elaboração própria

Figura 79 - Descamação laminar em tornozelo



Fonte: Elaboração própria

Figura 80 - Escamas gordurosas em região malar



Fonte: Elaboração própria

Figura 81- Escamas laminares em região do dorso



Fonte: Elaboração própria

Figura 82- Escamas laminares em região membros inferiores



Fonte: Elaboração própria

Figura 83- Escamas laminares



Fonte: Elaboração própria

Figura 84 - Escamas laminares



Fonte: Elaboração própria

4.3.5.2.2 Crosta

Massa de exsudatos ou conecção que se forma na área de perda tecidual, resultante do dessecamento de serosidade, pus ou sangue, em mistura com restos epiteliais. Dessa forma, ela pode ser serosa, hemática ou hemorrágica, melicérica (da cor de mel) ou purulenta (Figuras 85, 86 e 87).

Figura 85 - Crosta melicérica



Fonte: Elaboração própria

Figura 86 - Crosta hemática



Fonte: Elaboração própria

Figura 87 - Crosta hemática



Fonte: Elaboração própria

4.3.6 Sequelas

Lesão brilhante, decorrente do reparo de tecidos lesados, podendo ser:

a) Atrófica, mais fina que a pele adjacente

Figuras 88 e 89

Figura 88 - Cicatriz atrófica em ombro direito



Fonte: Elaboração própria

Figura 89 - Cicatriz atrófica em joelho



Fonte: Elaboração própria

b) Hipertrófica, elevada, mas mantendo as dimensões da área de cicatriz, seja por trauma ou cirurgia.

Figuras 90 e 91

Figura 90 - Cicatriz hipertrófica em mama



Fonte: Elaboração própria

Figura 91 - Cicatriz hipertrófica em cervical



Fonte: Elaboração própria

c) Queloide, lesões elevadas, que se estendem além da cicatriz inicial, têm crescimento lento e comumente surgem em área de tensão da pele.

Figura 92

Figura 92 - Quelóide em lóbulo de orelha esquerda



Fonte: Elaboração própria



É fato que existem algumas divergências na terminologia semântica das lesões elementares em livros texto utilizados pelos estudantes de medicina [10](#). Essas divergências são observadas na descrição de mácula (semelhante à mancha), pápula, nódulo e placa. Com relação à mácula, lesão sem relevo, a divergência está em incluir ou não o tamanho e mesmo defini-lo com limite de 1 ou 0,5 cm.

A terminologia pápula, embora exista concordância na definição de elevação, também existem diferenças em relação ao tamanho; alguns autores a definem com até 0,5 cm e outros com até 1 cm. O termo placa também apresentou diferenças em relação ao tamanho, maiores que 1 cm ou que 2 cm, sendo aceito pela maioria a que a define como lesão elevada plana, em platô.

A lesão elementar com maiores divergências é a descrita como nódulo, existindo diferenças na profundidade e no tamanho; alguns descrevem maior que 0,5 cm e outros com tamanho entre 1 e 3 cm. Na variação da profundidade, pode ser descrito como epidérmico e/ou dérmico e/ou subcutâneo, o que resulta em diferenças na sua visibilidade ou palpação. Considerando o número de lesões elementares encontradas em um exame dermatológico, as divergências são pequenas e, muitas vezes, são empregadas de acordo com a instituição de ensino que a emprega e suas referências bibliográficas, devendo sempre ser informado aos alunos sobre a referência didática e referido sobre a existência dessas diferenças em alguns livros texto, a fim de evitar dúvidas na descrição das lesões elementares.

Existem lesões cutâneas normais e fisiológicas em pacientes da pele negra que não têm nenhuma implicação patológica. É importante reconhecer essas lesões a fim de que não haja diagnóstico errado e indicação de tratamentos desnecessários.

As principais alterações descritas são: linhas de Futcher-Voigt, hipopigmentação vertical esternal, pigmentação acentuada das dobras palmares, hipermelanose em palmas e plantas, hiperpigmentação de mucosa oral, melanoníquia, pigmentação das papilas da língua e leucoedema oral (Figuras 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99 e 100).

Figura 93 - Linhas de Futcher-Voigt



Fonte: Elaboração própria

Figura 94 - Hipopigmentação vertical esternal



Fonte: Elaboração própria

Figura 95 - Hiperpigmentação das dobras palmares



Fonte: Elaboração própria

Figura 96 - Hipermelanose palmar



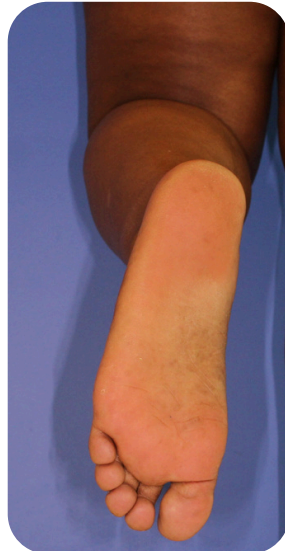
Fonte: Elaboração própria

Figura 97 - Hipermelanose plantar



Fonte: Elaboração própria

Figura 98 - Hipermelanose plantar



Fonte: Elaboração própria

Figura 99 - Hiperpigmentação de mucosa oral



Fonte: Elaboração própria

Figura 100 - Melanônquia



Fonte: Elaboração própria

CONSIDERAÇÃO FINAL

O exame da pele, componente do exame físico realizado em pacientes de todas as idades, pode levar à detecção de sinais presentes em doenças sistêmicas e cutâneas, sendo, portanto, de grande importância na prática de profissionais da área de saúde. O exame físico ainda é o método mais confiável e assertivo para o diagnóstico de uma variedade de doenças, mesmo em uma era em que a medicina faz uso de diferentes exames e métodos intervencionistas para diagnosticar enfermidades.

Para um exame eficaz da pele, é crucial uma exploração minuciosa de todo o tegumento e ter conhecimento dos diferentes achados e suas denominações. Somente assim, com o conjunto desses achados, é possível identificar e diagnosticar as diferentes doenças cutâneas.

No Brasil, nossa população apresenta uma ampla diversidade de características físicas, com a pele preta representando mais de 50% da população. Portanto, é crucial reconhecermos essas características ao realizarmos o exame da pele de indivíduos negros. No entanto, é necessário compreender se tais diferenças são estruturais, fisiológicas ou não. Atualmente, sabemos que apenas as variações no conteúdo e na dispersão da melanina na epiderme, as estruturas dos fios do cabelo e a funcionalidade dos fibroblastos na derme estão realmente associadas à pele preta. No entanto, há escassez de literatura que descreva as particularidades de estruturas e as alterações fisiológicas ou patológicas da pele negra. Existem poucos artigos científicos que abordem a incidência das diferentes doenças da pele da população negra.

Assim, é essencial estarmos preparados para identificar as lesões cutâneas em indivíduos com diferentes cores da pele, mesmo considerando a subjetividade associada à classificação dessas cores, mesmo com o uso de escalas conhecidas. Reconhecer as lesões cutâneas através de literatura focada na pele negra visa suprir essa lacuna existente nos dias de hoje. E por isso contribuimos com esse manual de semiologia cutânea da pele negra.

REFERÊNCIAS

- 1 IBCE. Censo demográfico 2022 identificação étnico racial da população, por sexo e idade: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBCE; 2023.
- 2 Adelekun A, Onyekaba C, Lipeff JB. Skin color in dermatology textbooks: an updated evaluation and analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Jan;84(1):194-196. doi: 10.1016/j.jaad.2020.04.084
- 3 Borges HL, Feitosa ASF, Andretta C, Fogaça NS, Aguilham AP, Custódio P, et al. População negra: o que não é ensinado sobre semiologia dermatológica na pele preta: um relato de experiência. *BMS [Internet]*. [citado 2023 nor. 20];5(8). Disponível em: <https://doi.org/10.53843/bms.r5i8.281>
- 4 Ribera NM. Características y dermatosis propias de la piel oscura. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2016;44(1):11-23.
- 5 Kailas A. Taylor and Kelly's dermatology for skin of color, 2nd ed. *JAAD*. 2017;76(2):E75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.09.033>
- 6 Taylor SC. Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Feb;46(2 Suppl 2):S41-62. doi: M10.1067/mjd.2002.120790
- 7 La Ruche C, Cesarini JP. Histologie et physiologie de la peau noire [Histology and physiology of black skin]. *Ann Dermatol Venereol*. 1992;119(8):567-74. French. PMID: 1485761.
- 8 Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white facial skin. *J Am Acad Dermatol*. 1991 Jun;24(6 Pt 1):929-37. doi: 10.1016/0190-9622(91)70148-u
- 9 Taylor SC, Cook-Bolden F, Rahman Z, Strachan D. Acne vulgaris in skin color. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46(2 Suppl 2):S98-S106. doi:10.1067/mjd.2002.120791
- 10 Cardili RN, Roselino AM. Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. *An Bras Dermatol*. 2016;91(5):629-633. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164931