

Queratose seborréica: estudo clínico, dermatoscópico e histopatológico

Seborrheic Keratosis: a Clinical, Dermatoscopic and Histopathological Evaluation

Christiane Donato Piazza, Sebastião de Almeida Prado Sampaio
Departamento de Dermatologia. Universidade de São Paulo. Brazil.

Correspondencia:

Christiane Donato Piazza
Av. Juruê, 135. CP 61 04080-010 São Paulo. Brazil
Tel./Fax: (+55) 115 055 8481
e-mail: christiane@piazza.com.br

Resumo

Introdução: A queratose seborréica é um tumor epitelial benigno, com múltiplos aspectos clínicos, estruturas dermatoscópicas sugestivas, e diferentes classificações histopatológicas.

Objetivos: Avaliação da distribuição das lesões pelo corpo, e correlação entre seus aspectos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos. Pesquisa do sinal de Leser-Trélat.

Métodos: Foram examinados e interrogados 101 pacientes, totalizando 7929 lesões, cuja distribuição corpórea foi analisada. Foram excisadas 215 destas lesões, as quais tiveram seus aspectos clínicos e dermatoscópicos relacionados ao quadro histopatológico.

Resultados: Do total de 7929 lesões; 29,70% localizavam-se na cabeça e pescoço; 61,81% no tronco; 4,41% nos membros superiores e 4,07% nos membros inferiores. Isto indica uma maior concentração na região da cabeça e pescoço, se consideradas as superfícies de cada região. O prurido foi mencionado por 31 pacientes (30,69%). Das 215 lesões excisadas; 3,72% apresentavam cor rósea ou amarelada, e 96,28% eram marrons ou pretas. A superfície das lesões foi classificada pelo aspecto liso ou áspero, presença de sulcos e tampões queratóticos. Estes aspectos da superfície foram correlacionados à classificação histopatológica. A dermatoscopia revelou pseudocistos córneos ou orifícios pseudocomedônicos em 78,60% das lesões. A classificação histopatológica mostrou 64,65% das lesões como acantóticas; 30,09% hiperqueratóticas, e 3,26% reticuladas.

Conclusões: A região da cabeça e pescoço é a com maior concentração de queratoses. De acordo com a histopatologia, a cor das lesões está relacionada à presença de melanina, e a superfície áspera ou com sulcos, ao tipo hiperqueratótico. A presença de pseudocistos córneos ou orifícios pseudocomedônicos em 78,60% das lesões, sugere que a dermatoscopia pode auxiliar na diagnose. O sinal de Leser-Trélat não foi observado.

(Donato Piazza C, De Almeida Prado Sampaio S. Queratose seborréica: estudo clínico, dermatoscópico e histopatológico. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(6): 363-366)

Palavras-chave: dermatoscopia, sinal de Leser-Trélat, queratose seborréica.

Summary

Background: Seborrheic keratosis is a benign epithelial tumor, with multiple clinical aspects, suggestive dermatoscopic structures, and diverse histopathological classifications.

Objectives: Evaluation of the distribution of the lesions over the body, and the correlation between its clinical, dermatoscopic, and histopathological aspects as well as search for the Leser-Trélat signal.

Method: A total of 101 patients were examined and interviewed, with a total of 7929 lesions, which body distribution was analysed. The 215 resected lesions had their clinical and dermatoscopic aspects related to the histopathological findings.

Results: Out of the 7,929 lesions; 29.70% were on the head and neck; 61.81% in the trunk; 4.41% in the upper limbs; 4.07% in the lower limbs. This points to a larger concentration in the region of head and neck, if taken into account the surface area of each region. Itch was mentioned by 31 patients (30.69%). Out of the 215 resected lesions; 3.72% showed rosy or yellowish color, and 96.28% were brown or black. The surface of the lesions was classified by the aspect, smooth or rough, the presence of grooves or keratotic plugs. These surface aspects were correlated to the histopathological classification. Dermatoscopy showed horny pseudocysts, or pseudofollicular openings in 78.60% of the lesions. The histopathological classification showed 64.65% of the lesions as acanthotic; 30.09% as hyperkeratotic, and 3.26% as reticulated.

Conclusions: The head and neck regions present the larger concentration of keratosis. According to the histopathology, the color of the lesions is related to the presence of melanin, and the rough surface, or with grooves, to the hyperkeratotic type. The presence of horny pseudocysts, or pseudofollicular openings in 78.60% of the lesions, suggests that the dermatoscopy can help in the diagnosis. The sign of Leser-Trélat was not seen.

Key words: dermatoscopy, Leser-Trélat sign, seborrheic keratosis.

A Queratose Seborréica (QS), é um tumor epitelial benigno, extremamente comum, que ocorre mais frequentemente a partir da quarta década de vida[1], aumentando com a idade. Afeta ambos os sexos igualmente, sendo mais comum em indivíduos brancos[2].

As lesões, em geral, são distribuídas na face, tronco e extremidades, podendo aparecer em qualquer região, exceto na palma das mãos e na planta dos pés, não acometendo membranas mucosas. Clinicamente, seu aspecto varia de pápulas planas a placas verrucosas, por vezes papilomatosas ou fissuradas, ou ainda com tampões foliculares pontuando sua superfície, com coloração amarelada, rósea, marrom ou preta[3, 4].

A observação de pseudocistos córneos e orifícios pseudocomedônicos através da dermatoscopia, sugere o diagnóstico de QS[5, 6, 7].

As queratoses seborréicas mostram uma considerável variedade de aspectos histológicos e diferentes classificações. Seis tipos são geralmente reconhecidos: acantótico, hiperqueratótico, reticulado, clonal, irritado (ou ativado) e melanoacantoma[8].

O sinal de Leser-Trélat é descrito como o aparecimento de QS ou o aumento repentino no número e tamanho lesões já existentes, em associação com uma malignidade interna[9, 10]. Embora a eficácia clínica deste sinal seja questionável, muitos autores ressaltam a sua provável utilidade na diagnose, tratamento precoce e, portanto, no prognóstico das neoplasias com ele relacionadas.

Casuística e métodos

Foram examinados, no ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas, no período de 02/10/97 a 16/4/98, 101 pacientes com lesões cutâneas de QS.

Para avaliação da distribuição das lesões, as QS foram agrupadas e contadas dentro dos limites anatômicos das seguintes regiões: cabeça e pescoço, tronco (incluindo tórax, abdome, dorso e períneo), membros superiores e membros inferiores[11], sendo que aquelas com características de variantes, como a dermatose papulosa nigra, foram excluídas desta contagem. O número de lesões por grupo, foi relacionado com a superfície cutânea. Para avaliação da superfície corporal, foi utilizada a "regra dos nove"[12], onde temos 9% da superfície corporal na cabeça e pescoço, 37% no tronco, 18% nos membros superiores e 36% nos membros inferiores.

Os pacientes foram interrogados quanto ao sintoma de prurido nas lesões.

De acordo com a disposição do paciente, foram selecionadas de uma a quatro lesões para exérese, preferencialmente oriundas de regiões cutâneas distintas. As lesões

foram separadas, conforme sua cor, em dois grupos: um com aquelas de as de coloração entre o róseo e o amarelado, e as de coloração entre o marrom e o preto. Outros aspectos avaliados foram a superfície, totalmente lisa ou com alguma aspereza, a presença ou não de sulcos ou fissuras, e a presença ou não de acúmulos ou massas queratóticas, referidos como tampões queratóticos. Essa avaliação foi posteriormente relacionada ao estudo histopatológico.

A documentação da dermatoscopia foi realizada através de dermafoto de cada lesão (equipamento Heine Optotecnik), visando uma ampliação de 10 vezes. Com este procedimento, buscou-se a identificação de dois componentes estruturais característicos, os pseudocistos córneos, vistos como áreas circulares, de 0,1 até 1 mm, amarelo-esbranquiçadas, e os orifícios pseudocomedônicos, que se comunicam com a superfície da lesão[6, 13]. A presença destas estruturas foi posteriormente relacionada à classificação histopatológica das lesões.

As lesões removidas receberam classificação histopatológica[8] dentro dos tipos acantótico, hiperqueratótico, reticulado, clonal, irritado e melanoacantoma, com base na morfologia estrutural e aspectos fundamentais da citologia.

Resultados

A idade média do grupo avaliado foi de 66 anos, sendo a idade média do sexo masculino de 68 anos, e do feminino, de 65 anos. Entre os 101 pacientes tivemos 38 do sexo masculino e 63 do feminino. Quanto ao grupo racial, tivemos 90 caucásios, nove negróides e dois mongolóides.

As 7929 lesões encontram-se distribuídas com 2355 lesões na região da cabeça e pescoço, 4901 no tronco, 350 nos membros superiores e 323 nos membros inferiores. Na região da cabeça e pescoço o número médio de lesões foi significativamente maior do que o esperado. O prurido foi mencionado por 31 pacientes (30,69% dos casos).

Em oito das lesões excisadas, a cor observada foi a rósea ou amarelada e, nas outras 207, o marrom ou preto. A melanina esteve relacionada à coloração das lesões, estando presente em 204 das lesões marrons ou pretas (98,55%), e ausente nas róseas ou amareladas (Teste de Fisher $p=0,0000^*$ ou 0,00%).

Na avaliação das características seguintes, histopatologicamente classificadas como reticuladas foram excluídas da análise estatística devido ao seu pequeno número (sete lesões).

As tabelas 1 a 3 apresentam os aspectos clínicos da superfície das lesões, bem como sua relação com a classificação histopatológica.

Tabela 1. Relação entre a superfície da lesão e o tipo histopatológico.

Superfície da lesão	Tipo histopatológico		Total
	Acantótica	Hiperqueratótica	
Lisa	13	0	13
Áspera	126	69	195
Total	139	69	208

A Tabela 1 mostra uma relação significativa entre a superfície lisa e o tipo histopatológico acantótico, e entre a superfície áspera e o tipo hiperqueratótico (Teste de Fisher $p = 0,0044^*$ ou 0,44%).

Tabela 2. Relação entre a presença de tampões queratóticos na superfície da lesão e o tipo histopatológico.

Tampões queratóticos	Tipo histopatológico		Total
	Acantótica	Hiperqueratótica	
Presentes	87	38	125
Ausentes	52	31	83
Total	139	69	208

A Tabela 2 não mostra relação significativa entre a presença de tampões queratóticos e o tipo histopatológico das lesões [χ^2 calc = 1,087 NS $\chi^2 = (1 \text{ gl}; 5\%) = 3,841$].

Tabela 3. Relação entre a presença de sulcos na superfície da lesão e o tipo histopatológico.

Sulcos	Tipo histopatológico		Total
	Acantótica	Hiperqueratótica	
Presentes	26	29	55
Ausentes	113	40	153
Total	139	69	208

A Tabela 3 mostra relação significativa entre a presença de sulcos e o tipo histopatológico hiperqueratótico, e entre a ausência destes e o tipo acantótico [χ^2 calc = 12,897* $\chi^2 = (1 \text{ gl}; 5\%) = 3,841$]. O resultado da observação das estruturas no exame deramatoscópico, e sua distribuição nas diferentes classificações histopatológicas, é mostrado na Tabela 4.

Tabela 4. Dermatoscopia nos diferentes tipos histopatológicos.

Estruturas ao exame dermatoscópico	Tipo histopatológico			Total
	Acantótica	Hiperqueratótica	Reticulada	
Ausentes	28	17	1	46
Pseudocistos córneos	16	3	0	19
Orifícios pseudocomedônicos	60	38	2	100
Ambos	35	11	4	50
Total	139	69	7	215

Do total de 215 lesões, 78,60% apresentaram componentes estruturais como pseudocistos córneos, orifícios

pseudocomedônicos ou ambos, ao exame dermatoscópico.

No estudo histopatológico, 139 lesões foram classificadas como acantóticas, 69 como hiperqueratóticas e sete como reticuladas.

Entre os 101 pacientes, três (2,97%) apresentavam antecedentes de carcinoma, sendo um adenocarcinoma de reto, um carcinoma de tireóide e um carcinoma de mama.

Comentário

Na avaliação da distribuição das QS, pelo teste do qui-quadrado (χ^2), verificou-se que houve uma incidência de lesões na cabeça e pescoço maior do que a esperada, sendo superior ao observado no tronco, membros superiores e membros inferiores. Na literatura é citado o maior acometimento da cabeça e pescoço[14], porém sem muitas referências à relação entre o número de lesões e a superfície de cada região corporal.

Na avaliação desta relação em 100 pacientes caucásicos da Austrália[15], os autores encontraram grande acometimento da região da cabeça e pescoço, e do dorso das mãos, e comentaram a possibilidade de influência da exposição solar. Na avaliação do acometimento do dorso das mãos, os autores não esclarecem, porém, se variantes possivelmente presentes como estucoqueratose, foram ou não consideradas.

O sintoma de prurido, mencionado por 31 pacientes, foi citado com diferentes freqüências e intensidades, tanto em múltiplas lesões de uma mesma região quanto em lesões isoladas de regiões diversas.

Foi observada uma associação significativa entre as cores rósea e amarelada, e a ausência de melanina, e entre as cores marrom e preta, com a presença deste pigmento.

Na relação entre aspectos da superfície e o tipo histopatológico, foi observada associação significativa e positiva entre o aspecto áspero e a lesão hiperqueratótica, e entre o aspecto liso e a lesão acantótica (Tabela 1), enquanto que acúmulos ou massas queratóticas, nomeados tampões queratóticos, não apresentaram associação significativa com o tipo histopatológico (Tabela 2). Observou-se ainda associação significativa e positiva entre a presença dos sulcos e o tipo hiperqueratótico, e a ausência destes com o tipo acantótico (Tabela 3).

Os pseudocistos córneos, ou orifícios pseudocomedônicos, presentes em 169 (78,60%) casos (Tabela 4), são muito sugestivos de QS[5, 6, 16, 17]. Neste estudo, não foi encontrada associação significativa entre a presença ou ausência destes componentes e a classificação histopatológica das lesões, nem diferença significativa entre os componentes estruturais presentes entre os tipos histopato-

lógicos. É importante ressaltar que os pseudocistos córneos, e os orifícios pseudocomedônicos, foram avaliados quanto à sua presença, mas não foram considerados quanto ao seu número.

Entre as 215 lesões removidas, 139 (64,65%) foram classificadas como acantóticas, 69 (32,09%) hiperqueratóticas e 7 (3,26%) reticuladas.

A variedade acantótica é descrita como a mais comum das QS[8, 18]. Apesar de o nosso resultado ter sido condizente com a literatura, é importante lembrar que as lesões não foram selecionadas aleatoriamente, mas sim, por um exame clínico, o que pode ter influenciado as porcentagens acima descritas, uma vez que as lesões acantóticas podem ter sido preferencialmente selecionadas, enquanto aquelas hiperqueratóticas podem, com maior frequência, ter apresentado aspectos clínicos semelhantes a outras lesões (como queratoses actínicas ou verrugas virais), sendo, portanto, excluídas da seleção.

Neoplasias do trato gastrointestinal[10] e mama[19, 20], são, entre outras, descritas em associação com o raro e controverso sinal de Leser-Trélat.

Entre os três pacientes que apresentavam antecedentes de carcinoma, sendo um adenocarcinoma de reto, um carcinoma de tireóide e um carcinoma de mama, os dois primeiros já apresentavam QS, que não se alteraram no início ou durante o tratamento das neoplasias. No terceiro caso, a

neoplasia precedeu o quadro das queratoses em 25 anos, sem sinais de recidiva após o surgimento do quadro cutâneo. Em todos os casos, as QS surgiram gradativamente. O sinal de Leser-Trélat não foi, portanto, observado neste trabalho.

Conclusões

Da análise dos resultados foi possível concluir que:

1. A maior concentração de queratoses seborréicas ocorreu na região da cabeça e pescoço.
2. As lesões clinicamente róseas ou amareladas se relacionaram à ausência de melanina, ao exame histopatológico, enquanto as marrons ou pretas foram relacionadas à presença deste pigmento.
3. Há associação significativa e positiva entre lesões com superfície áspera, bem como a presença de sulcos e o tipo hiperqueratótico de queratose seborréica.
4. Ao exame dermatoscópico, os pseudocistos córneos ou os orifícios pseudocomedônicos, considerados sugestivos de queratose seborréica, foram observados em 169 (78,60%) das 215 lesões avaliadas, mostrando o valor deste exame como método auxiliar na sua diagnose.
5. Não houve associação significativa entre a presença ou ausência de pseudocistos córneos ou de orifícios pseudocomedônicos, e o tipo histopatológico de queratose seborréica.
6. O sinal de Leser-Trélat não foi observado.

Bibliografia

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Tumores epiteliais benignos. In: *Dermatologia*, 2th edn. São Paulo: Artes Médicas 2000; 821-32.
2. Kettler AH, Goldberg LH. Seborrheic keratoses. *Am Fam Physician* 1986; 34: 147-52.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH et al. Benign epithelial tumors. In: *Dermatology*. New York: Springer-Verlag 1991; 987-98.
4. Mackie RM. Epidermal skin tumors. In: *Textbook of dermatology* (Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds). 5th edn, Vol. 2. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992; 1459-504.
5. Bahmer FA, Fritsch P, Kreusch J et al. Terminology in surface microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1159-62.
6. Kenet RO, Kang S, Kenet BJ et al. Clinical diagnosis of pigmented lesions using digital epiluminescence microscopy. *Arch Dermatol* 1993; 129: 157-74.
7. Paschoal FM, Paschoal LHC. Microscopia de superfície-dermatoscopia. *An Bras Dermatol* 1993; 68: 364-5.
8. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Tumores e cistos da epiderme. In: *Histopatologia da pele*, 7th edn, Vol. 2. São Paulo: Manole. 1991; 476-525.
9. Hardy RD, Duvic M, Bleyer WA. The sign of Leser-Trélat. *Med Pediatr Oncol* 1997; 28: 234-7.
10. Holdiness MR. The sign of Leser-Trélat. *Int J Dermatol* 1986; 25: 564-72.
11. Goss CM. Anatomia topográfica e de superfície. In: *Gray anatomia*, 29th edn. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1977; 44-79.
12. D'Assumpção EA, Leão CEG. Queimaduras. In: *Manual de urgências em pronto-socorro* (Erazo GAC, Pires MTB), 3th edn. Rio de Janeiro: MEDSI. 1990; 55-67.
13. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P et al. Nonmelanocytic pigmented skin lesions. In: *Color atlas of dermatoscopy*. Oxford: Blackwell Science. 1994; 109-12.
14. Stern RS, Boudreaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care for seborrheic keratoses. *J A M A* 1991; 265: 74-7.
15. Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? *Br J Dermatol* 1997; 137: 411-4.
16. Soyer HP, Smolle J, Höld S et al. Surface microscopy. A new approach to the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Am J Dermatopathol* 1989; 11: 1-10.
17. Steiner A, Pehamberger H, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. II. Diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 584-91.
18. Perez-Oliva N, Toribio J, Quiñones PA. Aspectos histológicos de las queratosis seborreicas. *Med Cutan Ibero Latin Am* 1990; 18: 70-7.
19. Lynch HT, Fusaro RM, Pester JA et al. Leser-Trélat sign in mother and daughter with breast cancer. *J Med Genet* 1982; 19: 218-21.
20. Venecie PY, Perry HO. Sign of Leser-Trélat: report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 83-8.