

BMJ Best Practice

Ceratose seborreica

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Novidades	18
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	19
Referências	21
Imagens	24
Aviso legal	32

Resumo

- ◇ As lesões são tumores comuns, múltiplos e benignos da pele.
- ◇ A maioria das pessoas com idade acima de 50 anos é afetada.
- ◇ Elas têm a aparência de placas ou pápulas "coladas na pele", bem-circunscritas e podem parecer verrugas.
- ◇ Geralmente, elas são assintomáticas, mas podem ficar irritadas e inflamadas espontaneamente ou em decorrência da fricção das roupas.
- ◇ Não é necessário tratamento devido à sua natureza benigna, mas se ficarem irritadas, provocarem prurido e desconforto poderão ser tratadas inicialmente com crioterapia e curetagem.
- ◇ O diagnóstico diferencial mais importante e preocupante para o paciente é o melanoma maligno.

Definição

A ceratose seborreica é um tumor cutâneo múltiplo, comum e benigno encontrado com mais frequência no tronco e, em geral, surge na quarta e na quinta décadas de vida. De 80% a 100% das pessoas com idade acima de 50 anos são afetadas. As lesões têm a aparência clínica de placas cinza, marrons a pretas, bem-circunscritas, parecendo "coladas na pele". Posteriormente, as placas podem ficar elevadas e mostrar uma superfície verrucosa. A maioria das lesões não excede 1 cm de diâmetro. As lesões são normalmente indolores e não requerem tratamento.[1] [2] [3] [4] [5]

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

[Fig-8]

Epidemiologia

A ceratose seborreica é um dos tumores cutâneos mais comuns.[1] [2] [3] [4] De 80% a 100% das pessoas com idade acima de 50 anos apresentam ceratose seborreica. A condição é incomum em pessoas com menos que 30 anos. Homens e mulheres são igualmente afetados.

Etiologia

Embora seja um dos tumores cutâneos mais comuns, pouco se sabe sobre a etiologia. Há suspeita de predisposição familiar, com uma herança autossômica dominante.[2] [6] Eles são encontrados em 80% a 100% das pessoas com idade acima de 50 anos. Há uma possível associação com danos crônicos provocados pela radiação ultravioleta (UV).[7] [8]

Fisiopatologia

Foi demonstrado que mutações do gene FGFR3 de ativação (fator de crescimento fibroblástico de ativação somática 3) estão envolvidas no desenvolvimento de ceratose seborreica. As mutações do gene FGFR3 já estão presentes na ceratose seborreica plana. As mutações do FGFR3 estão associadas à idade avançada, e a localização das lesões na cabeça e no pescoço sugere uma função causadora da exposição cumulativa à radiação ultravioleta (UV) ao longo da vida.[7] [8] Há poucas evidências a favor da hipótese de que a ceratose seborreica seja decorrente de papilomavírus humano.[9]

Classificação

Padrões histológicos

É possível diferenciar cinco padrões histológicos distintos da ceratose seborreica, embora os tipos diferentes não tenham importância clínica.^{[3] [4]}

- Acantótica (sólida): proliferação de células basaloides com invaginação de cistos córneos.
- Reticulada (adenóide): este tipo mostra linhas finas entrelaçadas de células basaloides pigmentadas que encerram cistos córneos. Essa variante, em geral, surge a partir de um lentigo solar e, por essa razão, é quase sempre encontrada na face ou em outras áreas cronicamente expostas ao sol. Esse tipo é a única variante relacionada a lentigos solares.
- Hiperkeratose (papilomatosa): este tipo mostra um crescimento exofítico com hiperkeratose, papilomatose e acantose.
- Clonal: acantose e papilomatose irregulares com ortokeratose. Vários ninhos de células basaloides altamente pigmentadas no interior da epiderme.
- Irritada: há um infiltrado inflamatório liquenóide intenso na derme superior.

Lentigo solar

Os lentigos solares (lentigo actínico, lentigo senil ou "manchas senis") não representam uma entidade especial da ceratose seborreica. Eles representam a fase inicial da ceratose seborreica em áreas da pele que foram altamente expostas à luz do sol por décadas. Dessa forma, eles são encontrados principalmente na face e no dorso das mãos. Eles têm a aparência de máculas de coloração marrom claro a escuro, com margens bem-definidas. Ao longo dos anos, os lentigos solares tornam-se levemente elevados e mais escuros, sendo difícil distinguir entre a ceratose seborreica e o lentigo solar. Histologicamente, essas lesões correspondem à ceratose seborreica com características reticulares. O número de melanócitos pode aumentar, e a derme superior mostra elastose solar como consequência dos danos crônicos provocados pela radiação ultravioleta (UV). Os lentigos solares/ceratose seborreica na pele danificada pelo sol podem sofrer uma regressão. Clinicamente, as lesões assumem uma aparência granular marrom-azul acinzentada. Histologicamente, essa regressão é explicada como sendo um infiltrado de linfócitos semelhante a uma faixa (liquenóide) e, por essa razão, essas lesões são denominadas "ceratoses semelhantes a "líquen plano".

Stucco ceratose

Em geral, as stucco ceratoses são pápulas eritematosas, bem-circunscritas, secas, múltiplas, brancas ou da cor da pele, geralmente, observadas nos membros (principalmente na parte inferior das pernas e no dorso das mãos) de idosos. As stucco ceratoses estão associadas aos danos crônicos provocados pela radiação UV na pele. Histologicamente, não é possível diferenciá-las da ceratose seborreica hiperkeratótica.

Dermatose papulosa nigra

Esse tipo de ceratose seborreica consiste em várias pápulas pequenas (com 1 a 2 mm de diâmetro), macias, de coloração marrom ou preta, geralmente encontradas na face, no pescoço e no tórax. Mulheres e pessoas negras, asiáticas e hispânicas são as mais afetadas.

Prevenção primária

Não é possível prevenir o surgimento dos lentigos solares e da ceratose seborreica. Como é possível que haja uma associação com danos crônicos causados pela radiação ultravioleta (UV), evitar a exposição em longo prazo pode diminuir o número de ceratoses seborreicas.

Rastreamento

A ceratose seborreica é uma doença benigna. Geralmente, a população assintomática não é rastreada.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 60 anos, em outros aspectos saudável, apresenta várias lesões elevadas e pigmentadas nas costas e no tórax. Ele se queixou de que essas lesões estavam aumentando gradualmente de tamanho e em número. O paciente está preocupado com um melanoma. Ele lembrou-se de que seus pais e outros familiares tiveram lesões semelhantes. Comentou que algumas manchas são extremamente pruriginosas. O exame físico da pele do paciente revelou várias pápulas e placas verrucosas de coloração marrom claro e escuro no tronco, com uma aparência de "coladas na pele".

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Não são realizados testes de forma rotineira, e o diagnóstico é baseado principalmente na aparência clínica.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

[Fig-8]

Aparência clínica

Os critérios clínicos usados para o diagnóstico da ceratose seborreica baseiam-se no local e na aparência das lesões. As lesões geralmente são múltiplas, não únicas. Elas são encontradas com mais frequência no tronco e no tórax e, em seguida, na têmpora, no couro cabeludo e no pescoço. Elas podem aparecer em qualquer parte do corpo, com exceção das membranas mucosas.

As lesões podem exibir uma variedade de cores, mas, geralmente, são de coloração amarela ou marrom claro a escuro. A aparência clássica é como se estivessem "coladas na pele". Elas apresentam uma textura levemente elevada, de superfície plana e semelhante a verrugas. Na superfície das lesões, é possível visualizar pérolas córneas redondas, de coloração branca-amarela.

As lesões são indolores, embora possam provocar prurido e inflamar com a fricção das roupas ou espontaneamente.

Características dermatoscópicas

O diagnóstico da ceratose seborreica, em geral, é estabelecido clinicamente. Os elementos dermatoscópicos característicos da ceratose seborreica são cistos similares à milia e aberturas semelhantes a comedões. Cistos semelhantes à milia são estruturas redondas brancas ou amareladas

que correspondem a pequenos cistos intraepidérmicos preenchidos com queratina (pérolas córneas). Eles não são encontrados exclusivamente na ceratose seborreica, pois também são observados nos nevos congênitos e nos nevos dérmicos papilomatosos, mas com menos frequência. Aberturas semelhantes a comedões (também conhecidas como aberturas pseudofoliculares ou criptas) são orifícios amarronzados na superfície da ceratose seborreica, que correspondem histologicamente a invaginações preenchidas com queratina da epiderme.[10] [11] [12] São critérios dermatoscópicos adicionais uma superfície girata (aparência semelhante a um cérebro) e vasos enrolados.

[Fig-4]

[Fig-8]

Microscopia confocal reflectante

Como o exame clínico e dermatoscópico da ceratose seborreica irritada, regressiva ou altamente pigmentada pode revelar características associadas a tumores cutâneos malignos (por exemplo, melanoma maligno, carcinoma basocelular), é possível acrescentar a microscopia confocal reflectante (MCR) como uma ferramenta adicional para o diagnóstico. A MCR é um método de imagem não invasivo que possibilita o exame in vivo da pele com uma resolução a nível celular. As características da MCR que indicam o diagnóstico de ceratose seborreica são: estruturas de superfície cerebriforme, invaginações preenchidas com queratina, pseudocistos córneos, padrão de colmeia regular nas camadas da epiderme, fios e papilas polimorfas na junção dermoepidérmica, melanófagos e vasos enrolados na derme papilar e ausência de características da MCR sugestivas de malignidade.[13]

Biópsia

A biópsia de uma lesão pode ser usada para confirmar o diagnóstico, principalmente nas lesões que provocam prurido ou sangram, inflamam e ficam vermelhas e têm coloração marrom escuro a preta. A biópsia é recomendada em qualquer ceratose seborreica escura isolada.

Fatores de risco

Fortes

idade superior a 50 anos

- De 80% a 100% das pessoas com idade acima de 50 anos são afetadas.[1] [2] [3] [4] São incomuns em pessoas com menos de 30 anos.

peessoas brancas

- Mais comum em pessoas brancas que em pessoas negras.

história familiar

- Há suspeita de predisposição familiar, talvez com uma herança autossômica dominante.[2] [6]

exposição ao sol/radiação ultravioleta (UV)

- Geralmente, a ceratose seborreica aparece em áreas do corpo que foram expostas à radiação UV por um longo período.

Fracos

peessoas negras (dermatose papulosa nigra)

- Ocasionalmente, uma variante da ceratose seborreica (dermatose papulosa nigra) surge em pessoas negras e de ascendências asiática e hispânica. Esse tipo consiste em várias pápulas pequenas (com 1 a 2 mm de diâmetro), macias, de coloração marrom ou preta, geralmente, encontradas na face, no pescoço e no tórax.

mulheres (dermatose papulosa nigra)

- Ocasionalmente, uma variante da ceratose seborreica (dermatose papulosa nigra) surge em mulheres. Esse tipo consiste em várias pápulas pequenas (com 1 a 2 mm de diâmetro), macias, de coloração marrom ou preta, geralmente, encontradas na face, no pescoço e no tórax.

gestação

- O surgimento de ceratose seborreica pode ser desencadeado pela gravidez.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**as lesões parecem "coladas na pele" (comum)**

- Essa é a principal característica. As lesões podem exibir uma variedade de cores e formas, mas, geralmente, elas têm em comum uma aparência de "coladas na pele".

localização no tronco ou na face (comum)

- Encontradas com mais frequência nas costas e no tórax e, em seguida, na têmpora, no couro cabeludo e no pescoço. No entanto, elas podem aparecer em qualquer parte do corpo, com exceção das membranas mucosas.

lesões amarelas ou de coloração marrom claro a escuro (comum)

- As lesões podem exibir uma variedade de cores.

lesões de superfície plana, levemente elevada (comum)

- É um dos principais fatores de diagnóstico.

textura semelhante a verrugas (comum)

- É um dos principais fatores de diagnóstico.

lesões múltiplas (comum)

- Podem ocorrer como uma única lesão, mas, geralmente, são encontradas lesões múltiplas com as mesmas características no mesmo paciente.

indolores (comum)

- As lesões são indolores, embora possam provocar prurido e ficar irritadas com roupas e fricção.

prurido (prurigo) (comum)

- As lesões podem causar um prurido intenso.

Outros fatores de diagnóstico

pérolas córneas redondas, de coloração branca-amarela na superfície das lesões (comum)

- É um fator de diagnóstico.

Exames diagnóstico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
dermatoscopia <ul style="list-style-type: none"> • Os elementos dermatoscópicos característicos da ceratose seborreica são cistos similares à milia e aberturas semelhantes a comedões. Cistos semelhantes à milia são estruturas redondas brancas ou amareladas que correspondem a pequenos cistos intraepidérmicos preenchidos com queratina (pérolas córneas). Eles não são encontrados exclusivamente na ceratose seborreica, pois também são observados nos nevos congênitos e nos nevos dérmicos papilomatosos, mas com menos frequência. Aberturas semelhantes a comedões (também denominadas aberturas pseudofoliculares ou criptas) são orifícios amarronzados na superfície da ceratose seborreica, que correspondem histologicamente a invaginações preenchidas com queratina da epiderme.^{[10] [11] [12]} 	características da ceratose seborreica
biópsia e exame histopatológico <ul style="list-style-type: none"> • Lesões exófitas, bem-definidas, cujas proliferações intraepidérmicas são compostas por células basaloídes maduras. Os elementos histológicos característicos são invaginações preenchidas com queratina e pequenos cistos (cistos córneos). A hiperkeratose está presente em graus variáveis. 	características da ceratose seborreica
microscopia confocal reflectante (MCR) <ul style="list-style-type: none"> • A MCR é um método de imagem não invasivo que possibilita o exame in vivo da pele com uma resolução a nível celular. As características da MCR que indicam o diagnóstico de ceratose seborreica são: estruturas de superfície cerebriforme, invaginações preenchidas com queratina, pseudocistos córneos, padrão de colmeia regular nas camadas da epiderme, fios e papilas polimorfas na junção dermoepidérmica, melanóforos e vasos enrolados na derme papilar e ausência de características da MCR sugestivas de malignidade.^[13] 	características da ceratose seborreica

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Melanoma maligno	<ul style="list-style-type: none"> O melanoma maligno é o diagnóstico diferencial mais importante da ceratose seborreica. Às vezes, é um desafio diferenciar a ceratose seborreica do melanoma. Uma das principais características é que o melanoma tende a variar mais na coloração, como marrom, azul, preto, cinza e vermelho, enquanto a ceratose seborreica, geralmente, é limitada a matizes de marrom e preto. Geralmente, o melanoma tem uma superfície macia que pode variar de altura, enquanto a ceratose seborreica, geralmente, tem a mesma aparência por toda a superfície. O melanoma geralmente não tem a aparência verrucosa, "colada na pele", da ceratose seborreica.[1] [2] [3] [14] O melanoma é menos uniforme e menos simétrico que a ceratose seborreica na coloração e no formato. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: pigmentações escuras formando um anel assimétrico ao redor das aberturas foliculares, pontos azul-cinzentos e áreas de rede irregular ampliada. Além disso, a biópsia e o exame histopatológico são usados para diferenciação.
Verrugas virais	<ul style="list-style-type: none"> Sua localização é mais comum nas mãos e nos pés. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: as verrugas parecem estar inseridas na pele em vez de "coladas" e têm coloração cinza-marrom ou avermelhada, enquanto a ceratose seborreica pode ser castanha, marrom ou preta.
Nevo	<ul style="list-style-type: none"> A maioria dos nevos surge durante os primeiros 20 anos de vida; as ceratoses seborreicas, geralmente, surgem em pessoas com idade acima de 30 anos e se tornam mais comuns na idade avançada. 	<ul style="list-style-type: none"> A dermatoscopia pode mostrar um padrão homogêneo, reticular ou globular ou uma combinação desses padrões.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Carcinoma basocelular pigmentado	<ul style="list-style-type: none"> • Surge em áreas expostas ao sol em indivíduos de pele clara, com mais frequência na cabeça e no pescoço.[2] [15] Geralmente, as lesões surgem em adultos mais velhos (da quarta década em diante). As características clínicas variam com os subtipos histopatológicos. O tipo mais comum de carcinoma basocelular é o nodular. Os sintomas característicos do carcinoma basocelular nodular são sangramento e crostas. • O segundo subtipo mais frequente de carcinoma basocelular é o superficial. Os carcinomas basocelulares esclerosante/infiltrante/morfeiforme são mais incomuns que os outros subtipos, mas mais agressivos e localmente destrutivos. Eles têm uma aparência semelhante a uma cicatriz esbranquiçada e rebaixada.[2] [15] 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatoscopia, biópsia. O carcinoma basocelular nodular tem a aparência de uma pápula bem-circunscrita, de cor rosa perolado ou transparente, com grau variável de pigmentação. Vasos telangiectásicos geralmente bem-demarcados são observados na superfície. • O carcinoma basocelular superficial tem a aparência de uma placa ou uma mancha escamosa eritematosa, encontrada com mais frequência no tronco.
Carcinoma de células escamosas e doença de Bowen	<ul style="list-style-type: none"> • O carcinoma de células escamosas tem a aparência de placas ou pápulas hiperqueratóticas, superficialmente erosivas ou ulceradas na pele gravemente danificada pelo sol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatoscopia: tem a aparência de placas ou pápulas hiperqueratóticas, superficialmente erosivas ou ulceradas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Adenocarcinoma do trato gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> O sinal de Leser-Trélat é o surgimento de um número elevado de ceratoses seborreicas ao longo de um curto intervalo de tempo, principalmente no tronco.[3] [5] [16] [17] Trata-se de uma síndrome paraneoplásica, associada com mais frequência a um adenocarcinoma do trato gastrointestinal (45% dos casos). Geralmente, ele está associado à disseminação metastática do tumor primário, com um desfecho prognóstico desfavorável para os pacientes afetados. Foram relatados cerca de 100 casos de Leser-Trélat na literatura. A ceratose seborreica pode preceder, suceder ou surgir simultaneamente com o início dos sintomas do câncer. Há descrições da involução das ceratoses seborreicas após o tratamento bem-sucedido do câncer. 	<ul style="list-style-type: none"> Tumores visíveis com exames de imagem; testes de marcadores tumorais.
Distúrbios linfoproliferativos	<ul style="list-style-type: none"> Associados ao sinal de Leser-Trélat, no qual surge um número elevado de ceratoses seborreicas ao longo de um curto intervalo de tempo, principalmente no tronco.[3] [5] [16] [17] 	<ul style="list-style-type: none"> Tumores visíveis com exames de imagem; testes de marcadores tumorais.
Neoplasias benignas	<ul style="list-style-type: none"> Podem estar associadas a um número elevado de lesões de ceratose seborreica. 	<ul style="list-style-type: none"> Tumores visíveis com exames de imagem; testes de marcadores tumorais.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento nem sempre é necessário devido à natureza benigna da ceratose seborreica.[18] Geralmente, as lesões são assintomáticas, mas podem ficar irritadas e inflamadas espontaneamente ou em decorrência da fricção das roupas. O tratamento é ministrado por razões estéticas e para diminuir a irritação.

Vários métodos são efetivos. Os métodos mais usados são crioterapia, curetagem (raspagem) e excisão cirúrgica.

Lesões irritadas e com prurido

É possível usar corticosteroides tópicos de forma sintomática nas lesões irritadas ou com prurido. É possível usar corticosteroides isolados ou antes de outros tratamentos.

Remoção de lesões elevadas

A curetagem (raspagem) ou a cauterização são usadas para remover ceratose seborreica elevada.[2] A curetagem deixa uma superfície plana que é coberta por epiderme normal em 1 semana. A cauterização raramente é usada, pois é maior a probabilidade de deixar cicatrizes. A crioterapia com nitrogênio líquido não é efetiva no tratamento de lesões muito espessas.[18]

Tratamento de lesões planas

Na maioria dos casos, o melhor método para o tratamento de lentigos solares/ceratose seborreica plana inicial pode ser a crioterapia suave com nitrogênio líquido. A lesão é congelada por 2 a 3 segundos e, em seguida, é permitido que ela se descongele antes de se repetir o ciclo mais uma vez na mesma sessão. A aplicação de uma pomada cicatrizante ajudará na cicatrização rápida. Se necessário, a crioterapia poderá ser repetida após algumas semanas. O uso de proteção solar após o tratamento é necessário para evitar hiperpigmentação. Foi demonstrado que a crioterapia e a curetagem, que resultam em desfechos estéticos altamente favoráveis, são métodos efetivos para a remoção das ceratoses seborreicas; no entanto, em um estudo, a maioria dos pacientes preferiu a crioterapia para remoção devido ao tratamento envolvido da ferida.[19]

Outras opções de tratamento para a ceratose seborreica são peelings químicos (por exemplo, com ácido tricloroacético) ou dermoabrasão com lixas finas ou escovas de aço.[20] [21] A aplicação de ácido retinoico tópico (tretinoína) também produziu bons resultados clínicos.[20] [21]

Outras opções são tratamento com laser Erbium:YAG, laser de dióxido de carbono pulsado ou laser diodo 532, mas essas opções podem causar mais desconforto ao paciente e afetar o tempo de recuperação.[22] [23]

Complicações dos tratamentos

Pode ocorrer hiperpigmentação após qualquer tratamento, mas é comum após a cauterização. Também pode ocorrer hipopigmentação após qualquer tratamento, mas é comum após a crioterapia. Podem ocorrer cicatrizes e queloides após qualquer tratamento, mas são mais comuns após a cauterização que após a curetagem.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)	
lesões irritadas ou com prurido	
1a	corticosteroides

Em curso (resumo)	
ceratose seborreica elevada	
1a	curetagem ou cauterização
ceratose seborreica plana	
1a	crioterapia
2a	curetagem
3a	laser, dermoabrasão, peelings químicos ou tretinoína

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

lesões irritadas ou com prurido

1a corticosteroides

Opções primárias

» **dipropionato de betametasona tópico:** (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia por 4-5 dias

OU

» **mometasona tópica:** (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia por 4-5 dias

» É possível usar corticosteroides tópicos de forma sintomática na ceratose seborreica irritada ou com prurido. É possível usar corticosteroides isolados ou antes de outros tratamentos.

Em curso

ceratose seborreica elevada

1a curetagem ou cauterização

» A curetagem deixa uma superfície plana que é coberta por epiderme normal em 1 semana. A cauterização raramente é usada, pois é maior a probabilidade de deixar cicatrizes. Outras complicações da curetagem e da cauterização são hiperpigmentação, hipopigmentação e queloides.

ceratose seborreica plana

1a crioterapia

» Na maioria dos casos, o melhor método para o tratamento de lentigos solares/ ceratose seborreica plana inicial pode ser a crioterapia suave com nitrogênio líquido. A lesão é congelada por 2 a 3 segundos e, em seguida, é permitido que ela se descongele antes de se repetir o ciclo mais uma vez na mesma sessão. A aplicação de uma pomada cicatrizante ajudará na cicatrização rápida. Se necessário, a crioterapia poderá ser repetida após algumas semanas. O uso de proteção

Em curso

solar após o tratamento é necessário para evitar hiperpigmentação. Foi demonstrado que a crioterapia, que resulta em desfechos estéticos altamente favoráveis, é um método efetivo para a remoção de ceratoses seborreicas.[19]

2a curetagem

» A curetagem deixa uma superfície plana que é coberta por epiderme normal em 1 semana. Foi demonstrado que a curetagem, que resulta em desfechos estéticos altamente favoráveis, é um método efetivo para a remoção de ceratoses seborreicas.[19]

3a laser, dermoabrasão, peelings químicos ou tretinoína**Opções primárias**

» **solução de ácido tricloroacético de uso tópico:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **tretinoína tópica:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os tratamentos a laser, entre eles o Erbium:YAG, o laser de dióxido de carbono pulsado ou o laser diodo 532, foram usados para a remoção estética com bons resultados, mas eles podem causar mais desconforto ao paciente e afetar o tempo de recuperação.[22] [23]

» Na dermoabrasão, a pele é alisada com meios mecânicos, como lixa fina ou escovas de aço.[20] [21]

» Outra opção de tratamento são os peelings químicos (por exemplo, com ácido tricloroacético focal). A aplicação de ácido retinoico tópico (tretinoína) também produziu bons resultados clínicos.[20] [21]

Novidades

Dobesilato tópico

O dobesilato tópico interfere no acoplamento do receptor do fator de crescimento de fibroblastos (FGF). O tratamento bem-sucedido foi descrito em um relato de caso. Um paciente com 2 ceratoses seborreicas recebeu uma única aplicação diária ao longo de 6 meses e obteve a remoção completa das lesões de ceratose seborreica com bons resultados gerais. Isso sugere que esse composto pode ser um candidato seguro e efetivo para o tratamento das ceratoses seborreicas.[24]

Solução tópica de peróxido de hidrogênio

A solução tópica de peróxido de hidrogênio (40%) provou ser eficaz no tratamento da ceratose seborreica levantada, e a Food and Drug Administration dos EUA aprovou seu uso para esta indicação. Significativamente mais lesões de ceratose seborreica completamente ou quase curadas com o uso desta solução em comparação com placebo em estudos de fase 3 (estudo 1, 47% contra 10%; estudo 2, 54% contra 5%) que incluíram um total de 937 indivíduos.[25] A solução foi aplicada no início do estudo e, se necessário, foi reaplicada 3 semanas mais tarde. Os efeitos adversos comuns no sítio de aplicação incluíram prurido, ardor, crostas, inchaço, rubor e descamação.

Recomendações

Monitoramento

Como a ceratose seborreica é de natureza benigna, ela não exige acompanhamento para a doença confirmada, mas é necessário que o médico examine lesões surgidas recentemente para descartar melanomas malignos. Geralmente, os pacientes não recebem nenhum tratamento, mas poderão optar por ele por razões estéticas ou porque as lesões estão irritadas e inflamadas.

Instruções ao paciente

O médico deve examinar as lesões surgidas recentemente para descartar melanomas malignos.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
irritação e prurido	longo prazo	alta
As lesões podem ficar irritadas e inflamadas espontaneamente ou em decorrência da fricção das roupas.		
diagnóstico incorreto	longo prazo	baixa
Com base na aparência das lesões, pode ser difícil fazer a distinção de tumores de melanoma maligno.		

Prognóstico

Os pacientes que escolhem o tratamento têm probabilidade de ver bons resultados.

Artigos principais

- Pierson D, Bandel C, Ehrig T, et al. Benign epidermal tumors and proliferations. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, eds. *Dermatology*. London: Mosby; 2003:597-602.
- MacKie RM, Quinn AG. Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. In: Burns T, Breathnach SM, Cox N, et al, eds. *Rook's textbook of dermatology*. 7th ed. Oxford, UK: Blackwell; 2004:36-45.
- Weedon D. Chapter 31: Tumors of the epidermis. In: Weedon D. *Skin pathology*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2002:765-771.
- Altmeyer P, Bacharach-Buhles M, eds. *Enzyklopadie dermatologie, allergologie, umweltmedizin*. Berlin: Springer; 2002.
- Ortonne JP, Pandya AG, Lui H, et al. Treatment of solar lentigines. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(suppl 2):S262-S271.
- Krupashankar DS; IADVL Dermatosurgery Task Force. Standard guidelines of care: CO2 laser for removal of benign skin lesions and resurfacing. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(suppl):S61-S67. [Texto completo](#)

Referências

1. Pierson D, Bandel C, Ehrig T, et al. Benign epidermal tumors and proliferations. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, eds. *Dermatology*. London: Mosby; 2003:597-602.
2. MacKie RM, Quinn AG. Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. In: Burns T, Breathnach SM, Cox N, et al, eds. *Rook's textbook of dermatology*. 7th ed. Oxford, UK: Blackwell; 2004:36-45.
3. Weedon D. Chapter 31: Tumors of the epidermis. In: Weedon D. *Skin pathology*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2002:765-771.
4. Altmeyer P, Bacharach-Buhles M, eds. *Enzyklopadie dermatologie, allergologie, umweltmedizin*. Berlin: Springer; 2002.
5. Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrhoeic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? *Br J Dermatol*. 1997;137:411-414.
6. Reiches AJ. Seborrhoeic keratoses: are they delayed hereditary nevi? *AMA Arch Dermatol Syphilol*. 1952;65:596-600.
7. Kwon OS, Hwang EJ, Bae JH, et al. Seborrhoeic keratosis in the Korean males: causative role of sunlight. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2003;19:73-80.

8. Hafner C, Hartmann A, van Oers JM, et al. FGFR3 mutations in seborrheic keratoses are already present in flat lesions and associated with age and localization. *Mod Pathol*. 2007;20:895-903.
9. Lee ES, Whang MR, Kang WH. Absence of human papillomavirus DNA in nongenital seborrheic keratosis. *J Korean Med Sci*. 2001;16:619-622. [Texto completo](#)
10. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, et al. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol*. 2001;137:1343-1350.
11. Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, et al. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis: a morphological study. *Arch Dermatol*. 2002;138:1556-1560. [Texto completo](#)
12. Wang SQ, Rabinovitz H, Oliviero MC. Dermoscopic patterns of solar lentigines and seborrheic keratoses. Braun. In: Marghoob AA, Braun RP, Kopf AW, eds. *Atlas of dermoscopy*. London: Taylor and Francis; 2005:60-71.
13. Ahlgrim-Siess V, Cao T, Oliviero M, et al. Seborrheic keratosis: reflectance confocal microscopy features and correlation with dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:120-126.
14. Izkson L, Sober AJ, Mihm MC Jr, et al. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol*. 2002;138:1562-1566. [Texto completo](#)
15. Carucci J, Leffell DJ. Basal cell carcinoma. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:747-754.
16. Holdiness MR. On the classification of the sign of Leser-Trelat. *J Am Acad Dermatology*. 1988;19:754-757.
17. Schwartz RA. Sign of Leser-Trelat. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:88-95.
18. Motley RJ. Seborrheic keratosis. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, et al, eds. *Treatment of skin disease. Comprehensive therapeutic strategies*. London: Mosby; 2006:609-610.
19. Wood LD, Stucki JK, Hollenbeak CS, et al. Effectiveness of cryosurgery vs curettage in the treatment of seborrheic keratoses. *JAMA Dermatol*. 2013;149:108-109. [Texto completo](#)
20. Ortonne JP, Pandya AG, Lui H, et al. Treatment of solar lentigines. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(suppl 2):S262-S271.
21. Krupashankar DS; IADVL Dermatosurgery Task Force. Standard guidelines of care: CO2 laser for removal of benign skin lesions and resurfacing. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(suppl):S61-S67. [Texto completo](#)
22. Polder KD, Landau JM, Vergilis-Kalner IJ, et al. Laser eradication of pigmented lesions: a review. *Dermatol Surg*. 2011;37:572-595.
23. Brodsky J. Management of benign skin lesions commonly affecting the face: actinic keratosis, seborrheic keratosis, and rosacea. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;17:315-320.

24. Cuevas P, Angulo J, Salgüero I, et al. Clearance of seborrhoeic keratoses with topical dobesilate. BMJ Case Rep. 2012;pii:bcr0120125628.
25. Baumann LS, Blauvelt A, Draelos ZD, et al. Safety and efficacy of hydrogen peroxide topical solution, 40% (w/w), in patients with seborrheic keratoses: Results from 2 identical, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 studies (A-101-SEBK-301/302). J Am Acad Dermatol. 2018 Jun 1;79(5):869-877. [Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Ceratose seborreica no tórax de uma mulher idosa

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão



Figura 2: Ceratose seborreica do tórax: imagem de visão geral clínica

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão



Figura 3: Ceratose seborreica do tórax: imagem de close-up clínico

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão

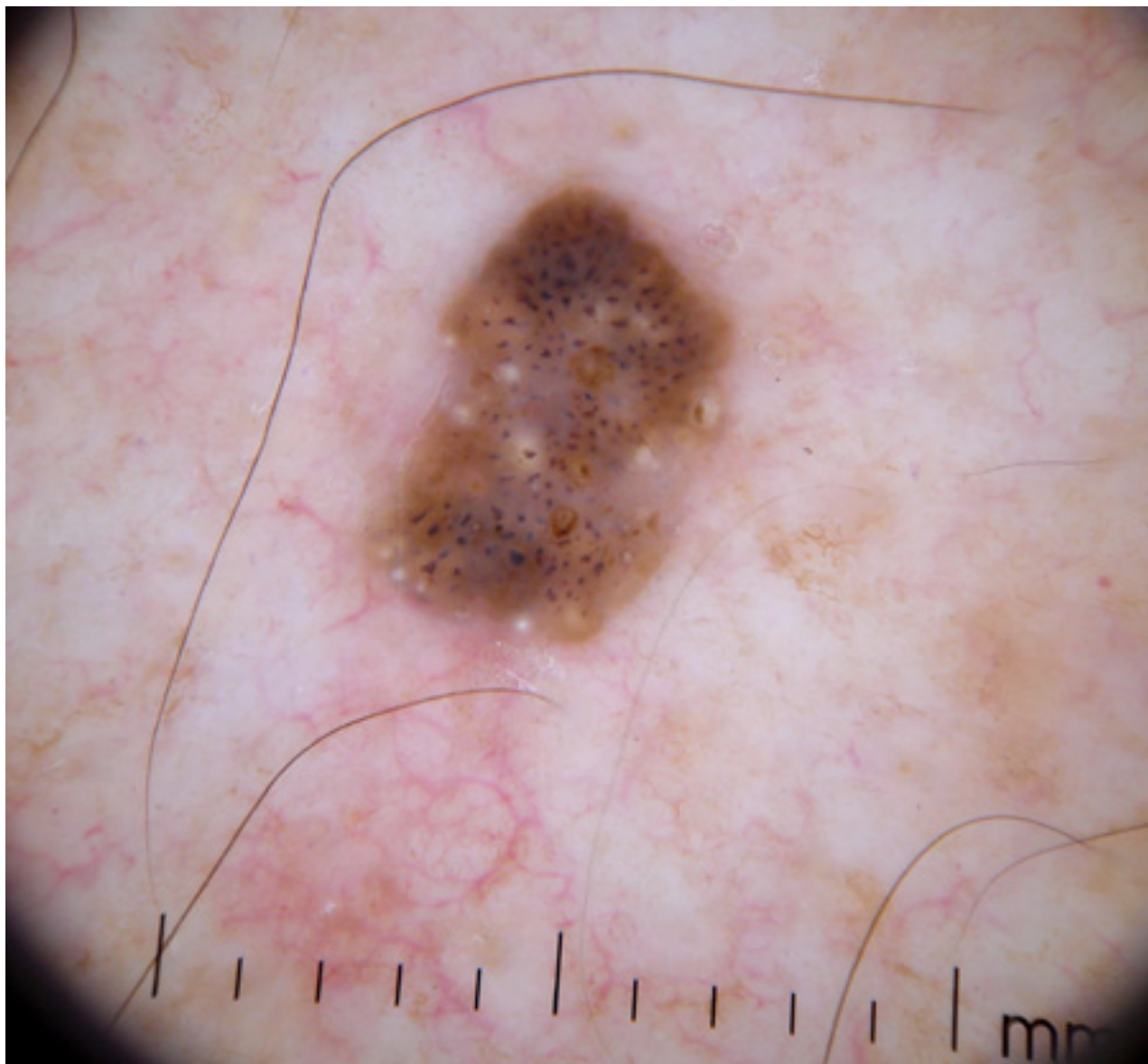


Figura 4: Imagem dermatoscópica de ceratose seborreica no tórax

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão



*Figura 5: Imagem de close-up clínico de ceratose seborreica nas costas de um homem de 40 anos de idade
Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão*



Figura 6: Imagem de visão geral clínica de ceratose seborreica nas costas de um homem de 40 anos de idade

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão



Figura 7: Imagem clínica de um exemplo de ceratose seborreica com pigmento marrom escuro

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão

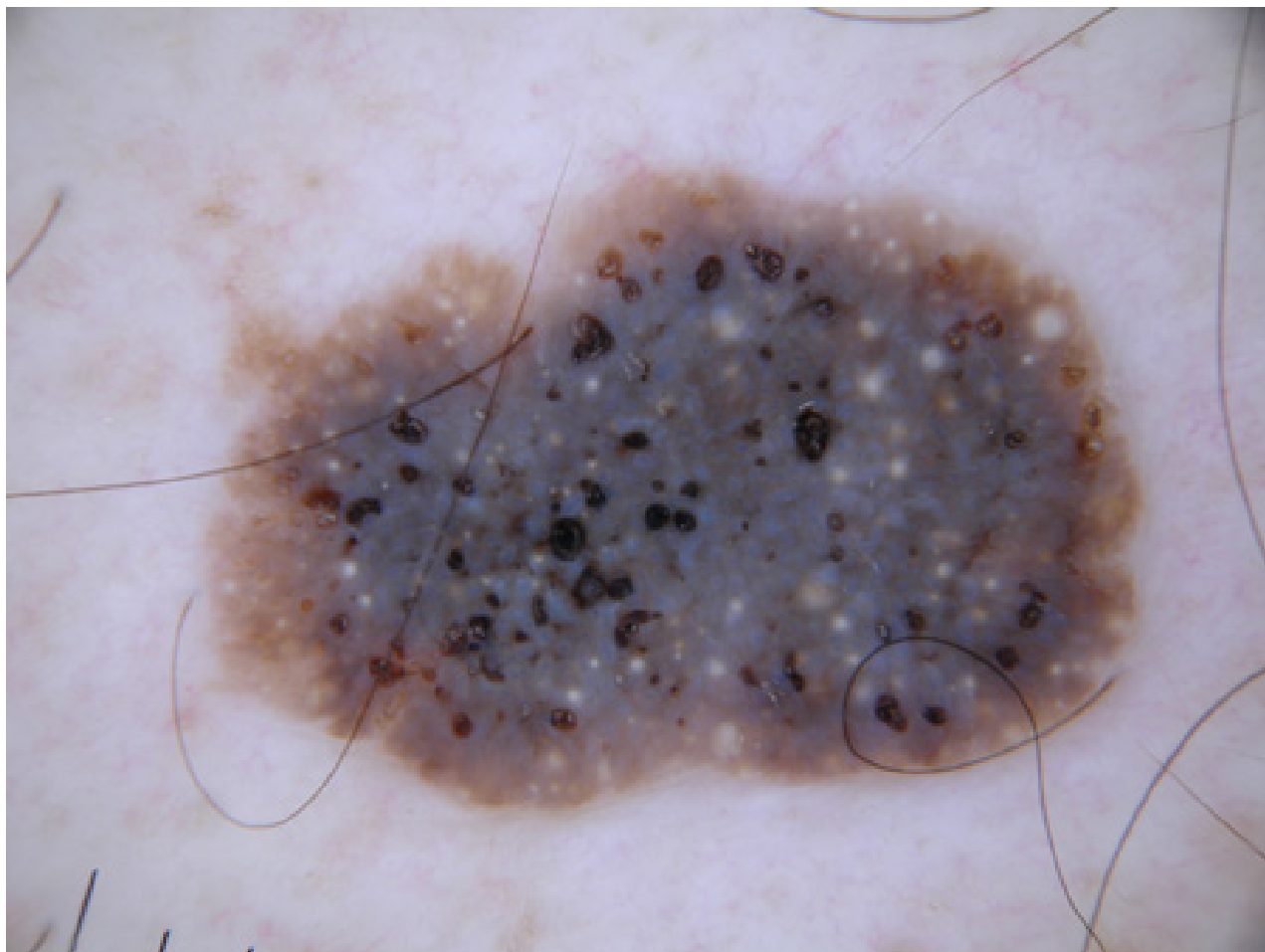


Figura 8: Exemplo de uma ceratose seborreica de pigmento marrom escuro. Imagem dermatoscópica: observados pérolas córneas amareladas e orifícios marrom escuro correspondentes às denominadas "aberturas pseudofoliculares"

Do acervo do Dr. Braun e do Dr. Kolm, usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Ralph Braun, MD

Professor

Department of Dermatology, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

DIVULGAÇÕES: RB declares that he has no competing interests.

Isabel Kolm-Djamei, MD

Consultant Dermatologist

Department of Dermatology, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

DIVULGAÇÕES: IKD declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Erin Warshaw, MD, MS

Associate Professor

Department of Dermatology, University of Minnesota, MN

DIVULGAÇÕES: EW declares that he has no competing interests.