

## COLORAÇÕES M2

- **FIBROSE**- diferenciar de esclerose, que tem espessamento do colágeno sem aumento de fibroblastos.
- **ESCLEROSE** – espessamento do colágeno sem aumento de fibroblastos. A esclerodermia é a esclerose na pele ou morfea. Há um infiltrado exuberante.
- **EDEMA** – eritema multiforme, um dos critérios é ter edema da derme papilar, parece que há descolamento da epiderme na derme. Há estruturas fibrilares e ainda não chegou a destacar, pode ter edema intenso com formação de bolhas. Edema mais baixo na derme reticular vamos pensar em urticária. Vacuolização do citoplasma. Também temos queratinócitos necróticos quando há alterações de interface. Quadro típico de erupção medicamentosa.
- Temos células apoptóticas e necróticas – a apoptótica vemos um núcleo redondinho já a necrótica tem núcleo mais irregular, quando elas perdem o núcleo vc não consegue identificar qual é qual, os corpos de Civatte só ocorre no líquen plano. Nas outras dermatites chamamos de corpos eosinofílicos, células necróticas.
- **PIGMENTOS** – hemosiderina, melanina. Marrom claro posso dizer q é hemossiderina, sem ter coloração específica. Mas é bom fazermos. Purpura medicamentosa e dermatose purpúrica, a medicamentosa pode ter melanina sem hemossiderina e a purpúrica tem hemosiderina. Identificando o pigmento, vemos o dx.
- **NECROBIOSE** – Granuloma anular, necrobiose lipídica e nódulos reumatóides. Vemos área de necrose da derme, sem identificarmos estruturas, é um depósito eosinofílico e amorfo. É um tipo de necrose. Não se sabe a fisiopatologia. A característica é que ela está sempre circundada por macrófagos e estão dispostos de maneira radiada. Temos uma área central de necrose e os histiócitos (macrófagos) ficam dispostos de maneira radiada à necrobiose.
- **MUCINOSE** – vamos ver se há acúmulo de mucina. A coloração é **Aucian Blue, Ferro coloidal e Mucicarmin**. Conseguimos suspeitar

se vemos fibras colagenas bem dissociadas – ou é edema ou mucina e vamos diferenciar pela coloração.

- **FOLICULITE** – célula inflamatória dentro da haste pilosa. Se não tiver dentro da luz do folículo não posso chamar de foliculite. Se o infiltrado só circunda e não entra na luz, vamos chamar de perifoliculite.
- **QUERATOSE PILAR** – a luz do infundíbulo fica alargada e a queratina é sempre laminar, a normal seria reticular. Tbm podemos ter paraqueratose.
- .... video pifou

## **DERMATOSES PSORIASIFORMES**

- Psoríase – prototipo.
- Pitiríase Rubra Pilar (incomum)
- Liquen simples crônico (tipo de eczema)
- Dermatites eczematosas psoriasiformes (eczemas0)
  
- **ACANTOSE PSORIASIFORME** – O clássico é a psoríase. A crista tem que ser maior do que a porção supra papilar.

### **→ PSORÍASE**

- Existem várias classificações: **vulgar, gutata ou em gotas e pustulosa.**
- Dentro da pustulosa temos: **generalizada de Von Zumbusch** ou **localizada (palmo-plantar, acrodermatite localizada contínua de Hallopeau e psoríase com pustulas).**
- A psoríase gutata após 1 semana de evolução do quadro ainda não teremos acantose.
- Primeiro evento é alteração vascular, depois há aceleração da renovação epidérmica (queratinócito leva 7 dias para chegar da camada granulosa para córnea, sendo que o normal é 30 dias), há tbm componente inflamatório mediado por linfócitos T.

- Há uma proliferação vascular na papila dérmica, vasos dilatados e tortuosos com um pouco de extravasamento de hemácias. Há aceleração da divisão celular, encontramos mitose na camada espinhosa ou basal ou em ambas.
- Escamas prateadas – paraqueratose. É alteração evidente e quando tem padrão de crosta, a paraqueratose é bem espessa, dá o efeito de branco nacarado. Há orto e paraqueratose.
- Sinal de Auspitz – soltamos a crosta de paraqueratose e começa a sangrar – hemácias da derme que saíram e foram pra epiderme. Vaso cresce todo tortuoso, espiralado.
- **Pustulas** – visíveis clinicamente ou não. São sempre subcorneias com coleções neutrofilicas.

**Critérios histopatológicos:**

- **Acantose psoriasiforme** – aumento da camada espinhosa da epiderme.
- **Paraqueratose** – aumento da camada córnea, bem espessa, continua e com núcleos (o normal é não ter núcleo – ortoqueratose, pq já deveria ter perdido o núcleo)
- **Dilatação e tortuosidade capilar** – ajuda muito a diferenciar psoríase de eczema que não tem isso. O mais difícil é a dermatite seborreica que causa mais dúvida no dx diferencial.
- **Pustula espongiiforme** – agrupamentos de neutrófilos ao redor da pustula. Ao redor da pustula há vários neutrófilos. Pode ser pequena e não visível clinicamente ou pode ser visível. Acúmulo de neutrófilos na porção superficial da camada espinhosa. Esses neutrófilos vão chegar na córnea com o amadurecimento da epiderme, como não tem granulosa pelo aceleração da proliferação, as células vão direto para a córnea formar a paraqueratose, então essa pustula vira um microabscesso de Munro (ela já foi um dia uma pustula espongiiforme)
- **Microabscessos de Munro** – são neutrófilos na paraqueratose. Já estão degenerados e já foram um dia uma pustula espongiiforme. Não pode ter camada granulosa na psoríase, se tiver granulosa e paraqueratose em cima – pensar muito bem antes de fechar o dx.

- **Adelgacamento da porcao supra-papilar** – a porcao pode ficar apenas 2 camadas de celulas, delgada o suficiente para as hemacias sairem e chegarem la em cima.
- **Reducao da granulosa ou ausencia**
- **Cristas interpapilares prolongadas e com bases alargadas** (pela aceleracao da proliferacao – queratinocitos se proliferam muito e acaba alargando a base da papila)

#### **PSORIASIS GUTATA**

- Pode ter acantose se já tinha antes algum quadro, se começa como gutata não da tempo de ter. a paraqueratose é multifocal, a lesão clinica é em gotas e a paraqueratose tbm é em gotas. A paraqueratose é sempre focal e com microabscesso de Munro – pode não encontrar dependendo da fase da evolução. Fica no topo da paraqueratose. Tem os focos e os neutrofilos ficam agrupados em cima.
- Pode ter acantose mas nem sempre. Vamos ter um pouco de alteração vascular com ectasia e tortuosidade. Tem menos criterios do que a vulgar.
- Há paraqueratose em cima da camada cornea.

#### **PSORIASIS PUSTULOSA PALMO-PLANTAR**

- Pustula é facil de identificar. Tem uma cavidade, ela entra e cava a epiderme. Fazemos diagnostico diferencial com pustulose subcornea que se assenta na epiderme e não cava como aqui. A pustula na pustulose subcornea se assenta, deita.
- Neutrofilos na extremidade lateral superior da pustula há neutrofilos menores, há exocitose de neutrofilos.

#### **ACRODERMATITE DE HALLOPEAU**

- Acumulo de serosidades, neutrofilos, pustula.
- Acantose psoriasiforme, pustula, varias pequenas pustulas espongiiformes com muito neutrofilo, adelgacamento supra papilar. A paciente tinha lesão única na unha que destruía metade da placa ungueal.

#### **PSORIASIS COM PUSTULAS**

- Tem psoríase vulgar e evolui com pustulas. Paraqueratose, acantose psoriasiforme e forma uma pustula no meio da acantose. Diferencial com pustulose subcornea.
- PUSTULOSE SUBCORNEA DE SNEDDON WILKINSON
- Para dx diferencial. A pustula não cava a epiderme, ela pousa.
- PEGA
- Pustulas não tem localização, podem ser intraepidêmicas ou subcorneas, não são tão grandes. Pode ter várias pequenas pustulas que podem coalescer e formar uma grande. Mas a característica é de formar pustulas menores.

#### **PITIRIASE RUBRA PILAR**

- Também é uma acantose psoriasiforme. Sempre pensar quando ver uma psoriasiforme que estamos em dúvida.
- Tem paraqueratose multifocal e não é contínua como da psoríase, há alguns focos de paraqueratose.
- Alteração do infundíbulo folicular, há haste pilosa com queratina alargando o infundíbulo, há queratose pilar, paraqueratose mais espessa.
- Há **alteração entre orto e paraqueratose**. Tanto na horizontal quanto na vertical. Alterna entre orto e paraqueratose – orto, para, orto, para.

#### **LIQUEN SIMPLES CRÔNICO**

- Pode ter papilomatose, acantose regular. Tem camada córnea compacta e camada granulosa bem espessa. A epiderme fica reativa por prurido e se prolifera sem o aceleração, no tempo normal. Então forma camada granulosa e camada córnea bem compacta, normalmente só vemos em pele de região acral. Dermatite psoriasiforme com camada córnea compacta – pensar em líquen simples crônico – lesão reativa epidérmica e dérmica.
- Há proliferação de fibroblastos que pode chegar até na derme reticular, mas preferencialmente na derme papilar. O colágeno fica

todo espesso e na vertical, como se fossem fibras prolongadas na lateral das papilas dermicas.

- É na verdade um eczema crônico localizado. Dermatite eczematosa crônica tem alteração histológica muito semelhante. Lesão única, bem delimitada.

### **ECZEMAS**

- Mais difícil de diferenciar da psoríase.
- Dermatite seborreica é muito parecido – paraqueratose, muito neutrofilo, serosidade que faz a diferença. Na psoríase há uma paraqueratose seca.
- O edema intercelular é acúmulo de líquido e na camada córnea ele forma a serosidade. Então no eczema temos serosidade na superfície pq é uma dermatite espongiótica por definição. Na psoríase temos paraqueratose seca, sem serosidade. Se tiver serosidade considerar o dx de psoríase.
- Se tiver serosidade pensar em eczema.
- Eczema mais crônico – camada córnea compacta, hipergranulose, acantose.
- Há espessamento do colágeno.
- Subagudo – numular – tem muita espongiose, acantose psoriasiforme.