

LESOES MELANOCITICAS- DR MICHALANY

- Singular: nevus, plural: nevi (latim)
- Um nevo ou 2 nevos.
- Nevo nevo cellular nao deve ser usado.
- Nevo pode ser:
 - Epidérmico
 - Melanocítico
 - Angiomatoso
 - Sanguíneo
 - Linfático
 - Tecido conjuntivo
 - Fibroso
 - Adiposo
- LESOES MELANOCITICAS
- HIPERFUNCAO: numero de melanocitos é normal – se tornam mais funcionantes. Não tem aumento de melanocito.
 - Precoces - efelide, mancha café com leite, melanose de Becker
 - Tardias – melanose solar, macula melanotica (labial ou genital).
- HIPERPLASIA/NEOPLASIA: há proliferação celular
 - Epidérmica: lentigo simples, nevo juncional lentiginoso
 - Mista: nevo composto, nevo composto lentiginoso
 - Dêrmica: nevo intradérmico, nevo azul, melanocitoses
- **EFÉLIDES**
- Não deve ser biopsiada. Aumento da pigmentação melânica. Há aumento irregular, pigmento mais concentrado, oras menos concentrado. Melanocitos em numero normal.
- Vejo um núcleo e halo claro ao redor.
- Pigmentação melânica fica como um capuzinho protegendo o núcleo das células.
- **Unidade melânica: 1 melanocito para 36 queratinocitos.**
- Ele pigmenta os queratinocitos ao redor dele no mesmo plano e algumas camadas supra-basais pelos dendritos que eles emitem.

HIPERFUNCAO

- **PRECOSES**
- **MANCHA CAFÉ COM LEITE**
- Produção de pigmento sem proliferação melanocítica.
- **MELANOSE DE BECKER**

- Aumento da produção de pigmento sem proliferação melanocítica. As cristas interpapilares ficam mais alongadas. É um alongamento regular das cristas.
- Na derme há outra alteração – há hiperplasia de folículos pilosos com aumento da pilificação. Aumento de folículos, proliferação de músculo piloerector sem folículo correspondente.
- Coloração específica para melanina → **FONTANA MASSON**.

- **TARDIAS**

- **MELANOSE SOLAR (LENTIGO SOLAR)**

- Atrofia da camada espinhosa devido a ser em áreas fotoexpostas. Adelgaçamento dos cones epiteliais, muitos deles com base alargada. Pode ser chamado de “pino de boliche”. Temos aumento da pigmentação melânica irregular, sem proliferação melanocítica.
- Tbm vemos elastose solar. O colágeno tem que ser rosa, aqui esta rosa e roxo. Aqui há **degeneração basofílica ou elastose solar**.
- Da mesma forma, para ter queratose actínica tem que ter elastose solar.
- Queratinocitos, mas sem proliferação de melanocitos.

- **MACULA MELANOTICA LABIAL**

- Pele que não parece tanto a epiderme, tem mais características de mucosa. Como vou saber ver isso? Ambos são epitélios escamosos, a pele é escamoso queratinizado e a mucosa não é queratinizada, então não vamos ver granulosa e córnea na mucosa labial. Só tenho camada basal e espinhosa. Por processos patológicos, posso ter granulosa e corena (leucoplasia) – quando temos queratinização da mucosa.
- Na derme não vemos anexo, dilatação de vasos é comum.
- Há aumento da pigmentação na camada basal. É frequente acontecer derrame pigmentar (melanofagos). Na melnose solar, pode encontrar, mas não é esperado. Na macula melanotica labial é esperado encontrar.
- Podemos encontrar glândula salivar para facilitar sabermos que é mucosa.

- **HIPERPLASIA/NEOPLASIA**

- **LENTIGO SIMPLES**

- Nevo melanocítico lentiginoso é sinônimo. Células com halo claro ao redor são melanocitos. Vemos proliferação de melanocitos. Essa proliferação é lentiginosa, pega toda a camada basal. Os melanocitos ficam um ao lado do outro. Temos alongamento das cristas, aumento do pigmento bem acentuado.
- Clinicamente pode ser confundido com melanoma. Na derme veremos fibroplasia com colágeno espessado. Fibroplasia concêntrica que envolve a crista papilar. O pigmento na derme é **melanofago**.
- Proliferação melanocítica lentiginosa evidente. Não formam nenhum tipo de agrupamento ou ninho, estão apenas na camada basal. Pode ter bastante derrame pigmentar.

- **NEVO JUNCIONAL LENTIGINOSO**

- Proliferação de células melanocíticas lentiginosa na camada basal + formação de ninhos na junção DE.
- Componente juncional incipiente e proliferação lentiginosa bem evidente.

- **NEVO JUNCIONAL**

- Nevo juncional sem componente lentiginoso. Há proliferação de ninhos muito evidentes na JDE. E não há proliferação de melanocitos, sem componente lentiginoso lado a lado.
- Quando vemos ninhos falamos de células nevas.

- **NEVO MELANOCITICO COMPOSTO**

- Componente epidérmico e dérmico. Tbm existe o nevo composto e nevo composto lentiginoso. Nevo juncional com componente dérmico associado.
- Ninhos epidérmicos e dérmicos. NÃO TEM proliferação de melanocitos lentiginosos.

- **NEVO COMPOSTO LENTIGINOSO**

- Ninho epidérmico + dérmicos + componente lentiginoso com proliferação de melanocitos lentiginosa. Em toda camada basal com citoplasma claro. Pode ter derrame pigmentar.

- **CELULAS NEVICAS**

- O melanocito tem a mesma origem das células neurais. Ele tem características muito semelhantes da célula neural. A **célula nevica é um caminho entre um melanocito e uma célula neural.**
- A maturação vai da superfície para a profundidade. Na superfície são células nevas tipo A e conforme vão descendo vão virando células nevas tipos B e C.
- **Células nevas tipo A** – citoplasma evidente contendo pigmento.
- **Células nevas tipo B (linfocitoide)** – citoplasma escasso, núcleo menor e mais corado do que a célula tipo A.
- **Células nevas tipo C** – imitam as células neurais, com núcleos fusiformes.
- Isso é a maturação das células nevas – isso ocorre apenas na derme. Não ocorre na epiderme.
- A célula de linhagem melanocítica pode formar estruturas idênticas a corpúsculos de Meissner que são estruturas neurais.
- Os nevos mais antigos tbm podem ter essa alteração.
- Existe nevo melanocítico com diferenciação neural – não é nada maligno, apenas algo antigo que acabou maturando. Isso não ocorre no melanoma, que são malignas, não maturam e são iguais desde a superfície ate a profundidade.

- **NEVO INTRADERMICO**

- Só tem componente dérmico. Tem vários aspectos, vários tipos. Mas todos tem células nevas que dependendo do tempo de evolução da lesão, vejo a maturação. O pigmento nos nevos

intradérmicos tende a ficar mais na superfície, a medida que as células vão maturando, vão perdendo o pigmento.

- Melanofagos não formam ninhos. A epiderme fica preservada. Podemos ter aumento discreto de melanócitos, mas não lentiginoso e aumento da pigmentação melânica tbm ocorre na epiderme.
- Há formação dos ninhos, evoluindo para uma maturação. Concentração do pigmento na porção superficial e nada na epiderme.

- **NEVO RECIDIVADO (PSEUDOMELANOMA)**

- Não posso dizer qual o nevo original que tinha na lesão. Vemos uma área cicatricial, epiderme retificada. Há proliferação vascular tbm que acompanha a fibrose. Em geral, os vasos tem conformação vertical. A epiderme perde as estruturas de cristas papilares e fica retificada.
- Vejo a lesão recidivada e não consigo dizer qual o tipo de nevo que era antes. Só Posso dizer – nevo recidivado.
- É chamado de pseudomelanoma pq há proliferação melanocítica na epiderme. Esses melanócitos, muitas vezes, tem um certo grau de atipia. Mas com essas características de fibrose, um nevo junto, ficamos tranquilos que é nevo.
- Para dar o dx preciso de um remanescente de uma lesão anterior.

- **NEVO DE MEYERSON**

- Nevo melanocítico com componente eczematoso associado. Pode ser qualquer tipo de nevo.
- Lesão eritematosa. Vemos uma lesão eritematosa.
- Dermatite psoriforme com espongióse, paraqueratose. Geralmente vem com componente de eosinófilos em seu infiltrado. Infiltrado ao redor dos vasos.

- **NEVO HALO (DE SUTTON)**

- Lesão pigmentada, pode ter halo eritematoso e halo claro ao redor. Já imaginamos, que nessa região do halo, terei pele como se fosse vitiligo, sem melanócitos. Há lesão melanocítica, com infiltrado inflamatório associado. Aqui fica difícil de dizer onde há infiltrado e onde há nevo.
- Infiltrado difuso, pega toda a lesão, muitas vezes substitui a lesão. A célula nevica é um pouco maior do que o infiltrado.
- Fontana Masson = para pigmento – melanina. Vemos o pigmento na área do nevo. Não consigo diferenciar se é célula nevica ou melanofago. E vemos ao redor o Halo vitiligoide como amelanose. Na periferia da lesão, vemos ausência total de pigmento.

- **NEVO SPILLUS**

- Papulas e maculas de tamanho e coloração variada sobre uma base acastanhada mais leve.
- Histologicamente há nevos juncionais ou compostos. É importante acompanhamento clínico das lesões para ver se há mudança de cor ou tamanho. O acompanhamento das lesões é como se fosse nevos isolados.

- **NEVO CONGENITO**

- Podem ser compostos ou intradérmicos, atingem a derme profunda, podem atingir a hipoderme e as células nevas ficam ao redor dos anexos e vasos. A superfície dele é ligeiramente papilomatosa.
- Aspecto granuloso ou verrucoso. Células nevas envolvem os folículos pilosos. Bastante células tipos B e C, vasos sanguíneos.

- **NEVO ACRAL**

- Pode ser lentigo simples, juncional, juncional lentiginoso, composto, composto lentiginoso, intradérmico. Pode ser qualquer nevo, mas na região acral, pele mais espessa.
- Camada córnea espessa e compacta, vemos a camada lúcida e a lesão nevas.

- **NEVO DE SPITZ**

- **Células fusiformes e epitelioides sem pigmento.**

- Podem ser juncionais, compostos ou dérmicos, mas não tem componente lentiginoso. Ninhos epidérmicos são volumosos e ficam na porção lateral das cristas.
- Há espessamento da epiderme, é simétrico (lesão simétrica no menor aumento), células fusiformes e epitelioides (células nevas um pouco diferentes), pouca atipia, sem pigmento (há nevo de Spitz pigmentado que tem esse nome), corpos de Kamino (estruturas vistas juntos dos ninhos – estruturas eosinofílicas amorfas – não se sabem exatamente o que são, acredita-se que sejam engruvinhamentos da membrana basal), sem ombro de lesão, proliferação vascular acompanha a lesão (podem se apresentar como nódulo eritematoso pelo componente vascular), pode ter mitose, mas se tiver são raras.
- Papulas ou nódulos eritematosos, sem pigmento, e temos lesão simétrica. Tem componente dérmico mais importante. Espessamento da epiderme exuberante, alongamento das cristas, proliferação vascular.
- **Marcadores HMB-45, S-100, Melan-A** – marcadores de lesões melanocíticas.
- S-100 marca todas as células de linhagem neural – mais sensível e menos específico, já o HMB45 e melan A são específicos para células melanocíticas.
- Alongamento das cristas, espessamento da epiderme e ninhos nas porções laterais das cristas.
- Células fusiformes ou epitelioides. São lesões que eventualmente preocupam pq tem uma ligeira atipia.
- **VARIANTE – NEVO DE SPITZ DESMOPLÁSICO:**
- Temos tricoepitelioma, triquilemoma e nevo de Spitz – todos podem ser desmoplásicos.
- Desmoplasia: proliferação de colágeno espesso e hialino. Lembra uma lesão cicatricial.
- Bem incomum, mas já caiu na prova.

- **NEVO DE REED**

- Característica arquitetural muito parecida com a de Spitz. Alongamento das cristas, espessamento, hipergranulose, hiperqueratose. **São células fusiformes e pigmentadas.** É uma lesão muito pigmentada. Clinicamente tbm assustam.

- Células fusiformes tipo cacho de banana.
- **NEVO DISPLASICO**
- Pode ser lentiginoso, juncional lentiginoso, composto ou composto lentiginoso.
- Tem que ter componente epidérmico, não existe apenas dérmico.
- Critérios histológicos:
 - Atipia celular
 - Assimetria
 - Fusão de cristas
 - Ombro de lesão
 - Fibroplasia – proliferação de colágeno
 - Proliferação vascular
 - Infiltrado inflamatório
- Tem que ter todos critérios. Eventualmente pode não ter um ou outro, mas o fundamental é ter atipia celular.
- Formas divergentes – polimorfismo e policromasia.
- Assimetria – tem ninhos em vários locais, de repente, fica um pedaço sem ninhos.
- Fusão das cristas interpapilares.
- Ombro de lesão – não é exclusivo dos nevos displasicos. Toda lesão com componente epidérmico e dérmico, posso encontrar ombro de lesão. É quando o **componente epidérmico, vai além do intradérmico.**
- Fibroplasia – proliferação de colágeno envolvendo as cristas.
- Proliferação vascular – cordões que são vasos, infiltrado inflamatório ao redor.
- Nevo displasico = low Power diagnosis – fazemos o dx no menor aumento. A alteração arquitetural é o que mais chama a atenção.
- **MELANODERMIA**
- Presença de melanofagos, não é lesão melanocítica.
- **NEVO AZUL COMUM**
- Melanocito tem que ficar na epiderme, se por algum defeito eles estão na derme e, eventualmente formam uma neoplasia – é o nevo azul.
- Células azuis fusiformes com pigmento.
- Protrusões para baixo cheio de pigmento, associado a espessamento do colágeno.
- **NEVO AZUL CELULAR**
- Variante de nevo azul, ninhos de células fusiformes.
- **NEVO DE OTA**
- Melanocitos dendríticos na derme, disposição esparsa, nevo azul temos proliferações formando agrupamentos. Aqui há hiperplasia.

QUESTOES

- 1) Nevo de Spitz: espessamento epidérmico (reação epidérmica), proliferação juncional descontínua, pouco ou nenhum pigmento, o maior eixo dos ninhos epidérmicos é perpendicular à superfície da pele.
- 2) Lentigo simples x Lentigo solar: lentigo simples tem proliferação de melanocitos na camada basal e lentigo solar (melanose solar) não há proliferação de melanocitos.