

DERMATOPATOLOGIA – CRISTIANO HORTA – DOENÇAS LIMITADAS A EPIDERME (novembro 2014)

- ✓ **1ª aula**
- ✓ **POROCERATOSE**
- ✓ Tenho dentro da camada córnea (rede de basquete), uma área em que forma uma coluna de paraceratose (com núcleo). Analisando essa área, posso ter espongirose, balonização das células, infiltrado inflamatório – isso na epiderme. Essa coluna de paraceratose, recebe o nome de **lamela corneide**.
- ✓ O correspondente anatomopatológico é a coluna de paraceratose. Temos que pegar essa área na biopsia.

- ✓ **NEVO VERRUCOSO (NEVO EPIDERMICO)**
- ✓ Papilomatose – projeções da epiderme. Ela pode ter a derme acompanhando ou simplesmente a projeção da epiderme. Tbm temos hiperkeratose, acantose, dilatação vascular. O processo inflamatório pouco chama atenção.
- ✓ Papilomatose, hiperkeratose, acantose – chamaria de nevo verrucoso ou nevo epidérmico.
- ✓ A história clínica é fundamental.
- ✓ A alteração é puramente epidérmica.

- ✓ **QUERATOSE SEBORREICA**
- ✓ **Queratose seborreica acantótica** → Aumento da espessura da epiderme, nem sempre será acantose. Pode ser célula de aspecto basaloide, mais arroxeada, citoplasma mais espesso. Pode formar esses blocos acantóticos. Vemos invaginações da epiderme, formando pseudocistos córneos.
- ✓ Os **pseudocistos córneos** podem ser conectar com a superfície, sendo chamada de **pseudoabertura folicular**.
- ✓ QS acantótica – por **proliferação de células basaloides**.
- ✓ Queratose seborreica nem sempre é acantótica.
- ✓ **Queratose seborreica hiperkeratótica** → Proliferação de células basaloides, o que causa esse aspecto acantótico do epitélio não é a camada espinhosa. É muito mais arroxeado, e podemos encontrar pseudocistos córneos, não sendo muito frequente. Há também proliferação de células espinhosas. Ao invés de formar algo compacto e acantótico, faz projeções papilomatosas e hiperkeratóticas. Muitas vezes removemos achando que é QA ou verruga e o dx é de ceratose seborreica hiperkeratótica.
- ✓ **Queratose seborreica tipo reticulado** → intensamente pigmentada, faz rede de células basaloides e superfície é plana. Tratamos como melanose e não melhora, mas na verdade é QS reticulada, e vemos pseudocistos córneos dentro da área de proliferação basaloide. Tratamento mais difícil.
- ✓ **Queratose seborreica clonal** → Proliferação das células basaloides muito mais localizada, formando clone de células basaloides que se proliferam.

- ✓ **Queratose seborreica irritada** → Proliferação em redemoinho de células espinhosas que fecha o dx de QS irritada. Geralmente ocorre na clássica do tipo acantótico. As células espinhosas assumem aspecto em redemoinho.
- ✓ **ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS**
- ✓ Acantose, bastante vascularizada, frequentemente ulcera. Parece que faltou tinta no meio, ficou mais desbotada em relação a periferia. Vemos nitidamente o limite entre uma célula clara e a célula da epiderme normal. Essa lesão tem essa característica – as células espinhosas ficam tão ricas em glicogênio que ficam mais claras que as células ao redor. Isso que faz o dx do acantoma de células claras – acantose, mas elas ficam ricas em glicogênio e com isso ficam mais claras. O que faz o dx é essa faixa de transição de cor. Tem aspecto rosáceo, um pouco avermelhado e frequentemente ulcera.
- ✓ Vasos muito próximos à superfície.
- ✓ **2ª aula**
- ✓ Pensar nos 5 capítulos da dermatopatologia – doenças infecciosas – inflamatórias, de acúmulo, malformações, circulatórios, neoplasias.
- ✓ Inflamatória – espongiosa, interface liquenoide ou vacuolar, psoriasiforme, granulomatosa.
- ✓ Infecciosa – bacteriana, protozoários, vírus, fungos, artrópodes.
- ✓ **Eczema agudo:** Vesícula intraepidérmica formada por um evento espongioso, epiderme conservada – eczema agudo.
- ✓ **Líquen simples crônico / eczema crônico:** Hiperqueratose, hipergranulose, acantose com alongamento, alargamento e fusão de cones epiteliais. É uma acantose irregular, psoriasiforme. Verticalização dos feixes colágenos.
- ✓ **Psoríase:** Alongamento, alargamento, fusão de cones epiteliais de forma regular. Há um processo psoriasiforme regular, hipogranulose, atrofia supra papilar, paraceratose, acúmulo de neutrófilos na camada córnea – microabscessos de Munro. Vaso bem congestionado que toca o epitélio na psoríase.
- ✓ **Psoríase pustulosa:** Acantose com alongamento, alargamento e fusão de cones epiteliais. Coleção bem maior subcornea de neutrófilos. Ou seja, vejo uma pústula subcornea em uma área de inflamação psoriasiforme. Se for na palma ou planta – psoríase palmo-plantar, se for em outra área – pustulose subcornea. **Pústula espongiforme de Kogoj.**
- ✓ **Micose fungoide** - Epiderme irregular com áreas mais acantóticas, outras menos. Presença de células formando acúmulos intraepidérmicos, grandes e feias, polimórficas. Vemos epidermotropismo e formação de microabscessos de Pautrier.

- ✓ Intenso infiltrado de células linfoides, linfócitos atípicos. Linfócitos grandes com 4x o tamanho normal, com células atípicas. Há perda da expressão de algumas proteínas como CD7, CD5. Linfoma cutâneo de células T. é a forma clássica de micose fungoide.
- ✓ Síndrome de Sezary já deixa de ser epidermotropica e passa a ser sistêmica.
- ✓ **Líquen plano**: Dermatite de interface com degeneração hidrópica da camada basal. Epiderme com áreas de hiperqueratose focal com hipergranulose focal (não é em toda a epiderme), acantose em dente de serra. Infiltrado inflamatório na junção dermo-epidermica em faixa, de padrão liquenoide. Tbm tenho incontinência pigmentar e fenda de Max Joseph. Corpos de Civatte tbm estão presentes no líquen plano. Dermatite de interface de padrão liquenoide, que é o líquen plano. Borra o limite da junção dermoepidermica, tem hipergranulose e hiperqueratose focal, acantose em dente de serra (base mais larga do que a ponta), infiltrado com incontinência pigmentar.
- ✓ **Lúpus** - Dilatação do ostio folicular com acúmulo de ceratina (**rolha córnea**) – é como se tampasse o buraco do folículo, dermatite de interface do tipo vacuolar com degeneração hidrópica das células basais. Epiderme retificada com aspecto atrófico, IF vemos positividade com depósito de imunocomplexos ao longo da ZMB, infiltrado perianexial e perivascular.
- ✓ 3ª aula
- ✓ **Verruga plana** – células vacuolizadas que começam a aparecer da metade do epitélio para cima. A parte inferior é preservada. Células vacuolizadas, núcleo picnótico, granulação grosseira.
- ✓ **Verruga vulgar** - Prolongamentos epidérmicos que tendem a ser curvar para o centro da lesão. É como se o cone epitelial fizesse uma curva voltada para o centro da lesão.
- ✓ Mais papilomatosa e hiperqueratótica. Célula vacuolizada, núcleo picnótico, granulação eosinofílica e basofílica grosseira.
- ✓ **Condiloma acuminado**: Papilomatose mais romba, mais discreta, acantose, não é tão exuberante as áreas de vacuolização das células. Há menos áreas com alteração arquitetural. Algumas áreas em que vamos encontrar algumas células alteradas. Tem uma alteração mais discreta com papilomatose, não tão acentuada como verruga vulgar. Mais redonda e as alterações celulares são mais dispersas. Dentro dessas alterações vamos buscar áreas que teremos certeza da **coilocitose**. Alteração causada pelo HPV com diminuição do tamanho do núcleo, halo claro perinuclear. **Binucleação** é presente e aparece muito mais no condiloma acuminado. Ele prefere reservar o nome coilocitose para essa célula binucleada no caso do condiloma.
- ✓ **Epidermodisplasia verruciforme**: Células grandes e bizarras, polimorfas no terço superior. O terço inferior é preservado. Nenhum câncer de pele faria isso. Grânulos grosseiros. Tem aspecto bem alterado, células grandes, com granulação grosseira, polimórficas. Vemos inclusões virais com terço inferior preservado. Esses grânulos tbm estão presentes na verruga vulgar.

- ✓ **Molusco contagioso**: tem a característica da formação em formato de pera e essas células grandes são chamadas de corpúsculo de molusco com abertura central por onde vai saindo e contaminando as áreas ao redor. É a maior inclusão viral e isso é típico. Aspecto eosinofílico no centro.
- ✓ **Herpes**: degeneração reticular, bolha intraepidérmica. Degeneração reticular, célula gigante multinucleada, núcleos amoldados um no outro, fosco, ficam pálidos, perdem a cor do núcleo. Essa é a característica mais importante que vai ser encontrada no herpes. É uma bolha intraepidérmica, tem degeneração reticular e balonizante e tem a célula gigante multinucleada com núcleos amoldados.
- ✓ **Método de Tzanck**: células perdidas e células multinucleadas. Não são núcleos normais. Com hematoxilina corando a cromatina do núcleo. Eles são pálidos, foscos, esbranquiçados.
- ✓ **Escabiose**: presença do parasita na camada córnea, subcórnea, faz túnel. A presença do ácaro que faz o diagnóstico.
- ✓ **Dermatofitose**: hifas coradas em vermelho pelo PAS na camada córnea.
- ✓ **Pele normal**: melanócitos na camada basal, camada granulosa, espinhosa e córnea. Os queratinócitos basais tem um capuz de melanina protegendo o núcleo das células basais. Tenho uma lesão pigmentada, acastanhada, decorrente do aumento da produção de melanina. Ou seja, há uma hiperpigmentação melânica – pode ser **melanose solar, macula melanótica, efelide, melasma**. Pode ser qualquer coisa causada por aumento da produção de melanina sem mudar a quantidade de melanócitos.
- ✓ **Lentigo simples**: aumento dos melanócitos da camada basal, somado a dano actínico. Há aumento do número de melanócitos. O melanócito típico é uma célula menor que a célula basal, tem um halo claro ao redor. 1 melanócito se dispõe em torno de 8 a 10 queratinócitos basais. A leucodermia gutata mostra que o melanócito responsável por dar cor aquela área, morreu, por isso fica aquela bolinha branca.
- ✓ **Nevo melanocítico juncional**: teca de células na junção dermoepidérmica.
- ✓ **Hiperpigmentação melânica**: há uma hiperpigmentação das células basais, sem aumento do número de melanócitos.
- ✓ **Lentigo maligno**: Proliferação de melanócitos. Polimorfismo, hiper Cromasia, mitose, desarranjo. Isso é critério de atipia, para dizer que é neoplasia. Há várias células de tamanhos diferentes. Há um polimorfismo presente, há células com várias formas. Há disseminação pagetoide – a célula sai da camada basal e vai para cima, sobe a camada espinhosa. Então tenho critérios de malignidade.

- ✓ **Melanoma:** células melanocíticas na camada espinhosa, córnea, desarranjo celular, polimorfismo. Tipo extensivo superficial. Tem teca tumoral e vai se estendendo ao longo da lesão.
- ✓ **Melanoma in situ tipo lentigo maligno:** se restringe à porção basal tipo lentigo maligno. Se ele invade a derme, é chamado de lentigo maligno melanoma.
- ✓ **Todo lentigo maligno é um melanoma in situ.**
- ✓ **Nem todo melanoma in situ é um lentigo maligno.**
- ✓ **Pode existir melanoma in situ de outros tipos, como extensivo superficial.**
- ✓ **Lentigo maligno melanoma tem significado próprio.**
- ✓ **Poroma ecrino:** Tumor de célula basaloide, bastante vascularizado com estruturas dentro que são elementos do acrosiringio. Tumor intraepidérmico de proliferação de células basaloides do acrosiringio do ducto sudoríparo ecrino. Acrosiringio dentro das células basaloides.
- ✓ **Infundibuloma:** Lesões hipocromicas, levemente elevadas, dermatoscopia da pele normal. Dermatoscopia da lesão com traves brancas que interconectam os pelos. Diagnostico histológico com formação de cordões paralelos à epiderme de células claras. Tem esse aspecto típico, tumor do infundíbulo do pelo. O que interconecta os folículos são projeções que partem de um infundíbulo em direção a outra e vão se anastomosando com a epiderme. Essas células são mais claras pq são ricas em glicogênio. Tumor do infundíbulo folicular ou infundibuloma. Pela clinica, parece PV, anedotermia na face, área de barba.
- ✓ **Ceratose actínica:** Hiperkeratose, hipergranulose, acantose, despolarização dos núcleos da basal, duplicação da camada basal, atipia celular → no terço inferior da epiderme. A medida que a célula sofre seu processo de maturação, ela vai se organizando, formando granulose e córnea. Alteração do epitélio restrita ao terço inferior. Terço inferior alterado, mas ainda consigo equilibrar a célula, corrigir o erro e transformar em espinhosa, granulosa e córnea.
- ✓ **CEC in situ:** a desordem é em todas as camadas, não apenas restrita ao terço inferior, mas já pega terço médio, e superior. Quando tenho alteração de todo epitélio, tenho CEC in situ. (doença viral só altera em cima, QA só em baixo e CEC in situ altera toda a epiderme). Não tem mais capacidade de reparar o dano, vai proliferando e ocupando todas as camadas da epiderme.
- ✓ Posso ter em uma mesma biopsia, área de CEC in situ e áreas de QA.
- ✓ **Doença de Bowen:** tem células disceratóticas – é o que diferencia do CEC in situ.
- ✓ **CBC superficial:** vemos proliferação de células basaloides arroxeadas conectadas à epiderme. Há paliçada na periferia e desordem no centro.

- ✓ **Melanoma in situ do tipo lentigo maligno**: é diferente da QA, do CEC in situ. Proliferação de células melanocíticas.
- ✓ **Herpes**: Bolha intraepidérmica por destruição da epiderme.
- ✓ **Pênfigo vulgar**: Bolha intraepidérmica acantolítica supra basal. Acomete anexo, então pode ter clivagem no anexo, que não acontece no pênfigo foliáceo. Há acantólise – perda das pontes intercelulares, as células ficam redondas (células acantolíticas). Padrão de IFD: intercelular de IgG. IFI: mostra AC IgG e indica fator prognóstico, a medida que o paciente vai tratando e melhorando, os ACS vão diminuindo.
- ✓ **Pênfigo foliáceo**: bolha acantolítica, intraepidérmica, subcornea. Formação da fenda subcornea por mecanismo acantolítico. Padrão de IFD: intercelular de IgG. Conforme o tratamento vai diminuindo o número de ACS.
- ✓ **Hailey-Hailey ou Penfigo Benigno Familiar!**: acantólise parcial tipo muro desmoronando.
- ✓ **Doença de Darier**: Bolha intraepidérmica acantolítica em vários níveis, não sendo apenas supra-basal, pode acontecer mais alta, no meio, embaixo. Não tem um padrão como o pênfigo. Veja **corpos redondos e grãos**, hiperqueratose.
- ✓ **Doença de Grover**: biopsias com padrões diferentes, umas parecem pênfigo foliáceo, outras pênfigo vulgar, outras Darier com corpos redondos e grãos, outra com padrão de Hailey Hailey, espongiótico. 2 lesões 1 com dx de pênfigo vulgar e outra com Hailey-Hailey ou bx diferentes. Pode ter um dx em 2009 e em 2011 faz uma nova bx e vem doença de Darier – esse paciente tem doença de Grover. Ele não tem padrão histológico único. Tem um padrão múltiplo e na mesma biópsia pode ter áreas de Darier e áreas de pênfigo foliáceo.