

DERMATOPATOLOGIA CRISTIANO HORTA

- ✓ **Coccidioidomycose** – quase não tem no Brasil. Histologicamente fica muito parecido com rinosporidiose. Aspecto de um grande cisto com esporos dentro. Há variação das bolinhas. A maturação do fungo ocorre em direção ao centro, então as estruturas periféricas são imaturas. Há uma organização dos elementos periféricos imaturos e a medida que eles vão se maturando vão ficando de uma forma aleatória confusa no centro. Quando tem essa organização periférica, nunca é rinosporidiose. Há em um mesmo espaço estruturas imaturas e maduras. Periferia organizada e menor, e centro maior e mais maduro.
- ✓ **Rinosporidiose** – mucosa revestida por epitélio respiratório e nem sempre vemos isso em um anatomopato. Aparência de pólipos. Bolinhas monótonas, pequenas, praticamente todas do mesmo tamanho. Todos maturam ao mesmo tempo. Varias bolinhas pequenas, há alguns espaços entre as bolinhas. Na coccidioidomycose elas são bem unidas, sem espaço. Tudo se matura ao mesmo tempo.
- ✓ Células pequenas com pouco núcleo, parece jabuticaba → **linfócitos**.
- ✓ Células polimorfonucleares, trilobadas, capacidade de se degenerar muito rápido, vemos fragmentação do núcleo (figuras de leucocitoclasia) – parece formiga → **neutrófilos**.
- ✓ Núcleo rechaçado para o lado, excêntrico, em geral vemos vacúolo claro, ovo frito → **plasmócito**.
- ✓ Célula maior, limite pouco preciso, encosta na célula do lado, não sabemos onde começa, surge um espaço mais claro dentro do processo inflamatório → **histiocitos ou macrófagos**. Ele pode ter varias características no citoplasma (na hanseníase é vacuolizado, no xantoma tem acúmulo de lipídeo e tem aspecto xantomizado, espumoso). Aqui vemos aspecto meio borrado.
- ✓ Citoplasma vermelho, núcleo bilobado, citoplasma vermelho é eosinofílico → **eosinófilos**.

QUESTOES

- 1) - **Granuloma piogenico e hemangioma capilar** – proliferação de vasos de pequeno calibre com hemácias no interior. O granuloma piogenico é tecido de granulação, o corpo começa a produzir vaso e não para, perde o controle e fica algo sangrante, vermelho, e se demorar, pode epitelizar e virar hemangioma capilar.
 - **Hemangioma cavernoso** – estruturas vasculares maiores. Grandes lacunas repletas de hemácias. Tem tecido dérmico entre ele e a epiderme.
 - **Linfangio e angioqueratoma** – tem estruturas vasculares imediatamente coladas na epiderme. O detalhe são as estruturas vasculares coladas na epiderme. Linfangioqueratoma são estruturas linfáticas e angioqueratoma estruturas vasculares, geralmente venosas.
 - células poligonais formando cordões ao redor dos espaços – isso é o glomus. Isso é **tumor glomico ou glomangioma**. Nenhuma outra formação faz isso. Uma célula ao lado do outro formando um cordão. Sempre com espaço vascular.
 - **linfangioma**: vaso linfático é espaço grande, com material proteico em seu interior, pode ter algumas hemácias e tem projeções pro interior da luz que são válvulas. Se tivesse colado na epiderme seria linfangioqueratoma.

- **angioliipoma** – componente adiposo e um componente vascular. Um dos tumores dolorosos.

- **Kaposi** – proliferação de células fusiformes. E vão definindo espaços ou lacunas repletas de hemácias.

- 2) Estão representadas paredes de cisto – qual seu diagnóstico. Cisto é uma cavidade com revestimento próprio. Na maioria das vezes é epitelial, mas pode não ser.

- **cisto triquilemal ou cisto pilar ou cisto sebáceo** – epitélio plano estratificado, 2 ou 3 camadas de células, conteúdo é material rósea e não vejo camada granulosa. O conteúdo do cisto geralmente vai estar acima das células basais, então identifico as células basais e com isso o conteúdo esta para cima. Forma de ceratinização que acontece no pelo. Não tem camada granulosa. É uma ceratina compacta.

- **cisto broncogénico** – revestido por epitélio colunar ciliado. Não tem nada ao redor. Revestimento de epitélio respiratório.

- **cisto tireoglossal** – resquício do ducto tireoglossal, tem revestimento igual ao broncogénico, mas ao redor do cisto, se tiver tecido tireoidiano primitivo ao redor, é cisto tireoglossal. Pq nesse tecido ao redor tem tecido tireoidiano primitivo.

- **cisto branquial** – mesmo cisto, porém do lado tenho folículos linfóides. Igual ao broncogénico, com revestimento de epitélio colunar ciliado. Região cervical lateral.

- **cisto epidermoide ou cisto epidérmico de inclusão** - epitélio plano estratificado, tem camada granulosa e camadas de queratina frouxa. Abre o cisto e tem cheiro horrível.

- **cisto dermoide simples** – estruturas dérmicas se abrem para o interior do cisto. Temos glândula sebácea, folículo piloso e se abrem para o interior do cisto. Pode ter ducto sudoríparo abrindo para o interior do cisto. Estruturas maduras abrindo para o interior do cisto.

- **esteatocistoma** - cutícula eosinofílica sinuosa no interior do cisto. O dx de esteatocistoma só é dado quando temos a glândula sebácea incorporada na parede do cisto.

- **hidrocistoma** – revestimento único, achatado pela compressão do próprio cisto com material proteico. Se o epitélio morre, vira um cisto fibroso. Colágeno dentro ao redor. Todo conteúdo proteico tem aspecto meio roxinho.

- 3) **Corpo asteroide** – como esta fora de uma célula gigante (que tem na sarcoidose), esta no tecido, junto com o infiltrado inflamatório, então é indicio de esporotricose.

Célula gigante multinucleada tipo corpo estranho – núcleos aleatórios distribuídos dentro dela. Granuloma de corpo estranho.

Célula de Kamino – presente no nevo de Spitz. Célula eosinofílica. Nevo epitelioide fusocelular.

Célula de Touton – não é patognomónica do Xantogranuloma Juvenil, porém, sempre que aparecer o dx é esse. Mas devemos lembrar que qualquer xantoma pode ter essa célula. Aspecto xantomizado, parece saliva com bolinhas, do macrófago.

Corpúsculo de Donovan – donovanose – macrófago parasitado. No esfregaço da secreção e vemos essa célula é o corpúsculo de Donovan. Pegando uma das erupções purpúricas da meningococemia, fazemos um gram e já vemos diplococo. Herpes, retiramos conteúdo da bolha, pelo Tzanck vemos células gigantes multinucleadas com núcleos amoldados. Secreção do corpúsculo de Donovan faz dx de donovanose.

Criptococo – criptococo com capsula ao redor.

4) **Linfoma de Hodgkin** – tem a célula de Reed Sternberg. Olhos de coruja.

Linfoma não Hodgkin – podem ser divididos em alguns grupos, principalmente células B e T. hoje temos uma classificação de linfomas T especificamente da pele (cutâneos). Linfoma B cutâneo, se não tem nada sistêmico, é chamado de células B cutâneo primário. Depois vai ser definido em folicular, grandes células B, células do manto, etc.

Marcadores de células B – CD20, CD79a.

Marcadores de células T – CD45RO (marca linfócitos B ou T), se for negativo não são linfócitos, podem ser células primitiva do sistema nervoso. Neoplasia de células pequenas e redondas, há um painel para saber se é tumor neuroendócrino, linfoma, Peanet???. Marcador de célula T – CD5, CD7, CD3, CD4 ou CD8 (helper ou citotóxica), CD45RO.

Marcador de células anaplasicas – CD30. Papulose linfomatoide e linfomas anaplasicos de células CD30 positivos. Transformação da micose fungoide com células anaplasicas CD30. Pode ter em infiltrados inflamatórios de infecção viral, não é patognomônica de linfoma. Tem que ser interpretada de forma coerente.

Na figura temos que olhar e ver se é positivo ou negativo. Se esta mais forte a cor, sei que é positivo.

Tropismo pela epiderme e pelo linfócito – **micose fungoide**.

GFAP – marca glioblastoma.

Pseudolinfoma – tem positividade para linfoma B e T – mais de um clone de células.

5) Capítulos da patologia – malformações, distúrbios circulatórios, doenças inflamatórias e infecciosas, doenças de depósito ou acúmulo e neoplasias. (5 capítulos)

Neoplasia de estruturas ductais, figura em girino – **SIRINGOMA**.

VERRUGA PLANA – as infecções virais geralmente manifestam suas alterações no terço superior da epiderme. O terço inferior do epitélio é preservado, e isso jamais aconteceria em Bowen. Há acantose. EDV, verrugas – alterações no terço superior. Células vacuolizadas na superfície.

CALCINOSE CUTIS - Não vemos elemento inflamatório, depósito de cálcio, calcinose que não foi descalcificada, então é compacta, homogênea, quebra, faz rachaduras. Pensar em acúmulo. Fica arroxeada pq não foi descalcificada.

PILOMATRICOMA OU EPITELIOMA CALCIFICADO DE MALHERB - Célula basofílica e vai ficando com célula fantasma, vemos imagem negativa do núcleo, vai ceratinizando e pode calcificar. Parece nódulo, mas é irregular e duro, não tem tecido de clivagem, é proliferação de blocos que vão tendo ceratinização do tipo matricial.

CISTO SEBACEO OU CISTO PILAR OU CISTO TRIQUILEMAL CALCIFICADO - Roxo – pensar em calcificado. Células pseudoestratificadas que forma conteúdo cístico que calcifica.

OSTEOMA CUTIS - Tem cálcio, é roxo, esta na derme, é caprichoso, organizado. É uma trabécula óssea dentro da derme. Tem cálcio, pode ter células ao redor modelando a trabécula óssea, células no interior organizando o cálcio. Isso é mais que calcinose, já existe material, tecido na derme.

AMILOIDOSE NODULAR – material róseo e homogêneo. (calcinose é roxo e quebradinho). Vermelho Congo mostra em laranja.

NODULO REUMATOIDE – nem tudo que é vermelho com rachadura é calcinose. Há um processo granulomatoso ao redor da área de necrose fibrinoide. Isso é dx de nódulo reumatoide. Granuloma em paliçada ao redor da necrose fibrinoide.

- 6) **TRICOEPITELIOMA** - Neoplasia epitelial anexial com diferenciação pilar. Estruturas císticas dentro do bloco lembra diferenciação pilar. Tem diferenciação mais terminal. Tricoblastoma é mais primitivo. Aqui já vemos estruturas que produzem esboço de haste pilar.

MELANOMA – proliferação de melanocitos ao longo da camada basal. Paget não tem alterações das células basais, já melanoma tem disseminação pagetoide e surge da camada basal.

NEVO DE SPITZ – corpúsculo de kamino.

XANTOGRANULOMA JUVENIL – célula de Touton.

CORPUSCULO DE DONOVAN

CRIPTOCOCO

PITIRIASE RUBRA PILAR – parece lamela corneide, acúmulo de paraqueratose na eminência de um ostio folicular. Paraqueratose na eminência de folículo fecha o dx de PRP.

LIQUEN ESCLEROSO E ATROFICO – Homoginização da derme. Parece que passou o dedo.

ANGIOQUERATOMA – vasos alargados com hemácias dentro em contato com a epiderme.

PENFIGO FOLIACEO – células acantocíticas, bolha intraepidérmica.

VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA – necrose fibrinoide da parede do vaso, extravasamento de hemácias e figuras de leucocitoclasia. Depósito fibrinoide, não tem histiocito, colágeno.

CBC ESCLERODERMIFORME - Aspecto morfeiforme, blocos pontiagudos que infiltram o tecido ao redor.

LIQUEN PLANO – dente de serra, hipergranulose focal, infiltrado inflamatório em faixa, corpúsculos de Civatte, hiperqueratose focal.

CISTO PILAR OU TRIQUILEMAL – conteúdo de ceratina muito compacto. O cisto epidermoide tem conteúdo mais frouxo com lamelas de queratina.

OROQUERATOSE – lamela corneide.

LIQUEN NITIDO – acúmulo de linfócitos e histiocitos na junção dermoepidérmica e limitada por cones epiteliais ao redor.

ESTEATOCISTOMA – Glandula sebácea está incorporada na parede do cisto.

CERATOSE ACTINICA - Desordem ao longo das células da camada basal. Terço superior da epiderme preservada (diferente de infecções virais) e há nitida desordem do terço inferior. Há infiltrado inflamatório no terço

PANICULITE – infiltrado maior no septo, tem comprometimento do lóbulo também, mas menor. Pode ser lobular e acometer o septo e ser septal e acometer o lóbulo. Se for paniculite septal pensar em eritema nodoso, se for lobular com comprometimento septal ou vice versa (septal com comprometimento lobular), pensamos em lúpus. Na comprometimento do septo e envolvimento do lóbulo da gordura.

CEC - Mitose atípica, disceratose.

LACAZIOSE – estruturas fungicas do mesmo tamanho com reprodução tipo gemulação e catenuladas.

PENFIGO VULGAR – bolha intraepidérmica baixa. Há comprometimento de anexo.

CBC SOLIDO- Bloco de células arroxeadas, com pouco citoplasma. Blocos grandes com paliçada na periferia. Epiderme afinada e ulcerada. É totalmente intradermico. Desordem no centro e paliçada na periferia.

SIRINGOMA – estruturas em girino.

CARCINOMA IN SITU - Desordem de células – já é característica de neoplasia maligna, imatura. Células polimórficas, grandes, pequenas, com citoplasma claro – há polimorfismo das células.

SARCOIDOSE – Corpos asteroides dentro de um granuloma – célula gigante.

ESPOROTRICOSE – corpúsculo asteroide fora da célula gigante.

VERRUGA PLANA – alteração no terço superior da epiderme com células vacuolizadas.

GRANULOMA ANULAR – difícil dx.

PARACOCO- célula com gemulação múltipla. Difícilimo de ver. Plasmocito com núcleo rechaçado.

CROMOMICOSE – corpos fumagoides – divisão em cissiparidade.

CITOMEGALOVIRUS – olhos de coruja. Pode ser caolha as vezes, na pele acomete endotélio. Então o CMV na pele acomete endotélio vascular e a célula endotelial fica grande e com o olho grande central.

VERRUGA VULGAR – muitas inclusões virais, eosinofílicas, basofílicas, células de citoplasma claro.

- 7) Paciente com BP230 na eletroforese de proteína. Marcador de penfigoide bolhoso. É uma bolha subepidérmica com conteúdo eosinofílico. PCT – há bolha subepidérmica com papila dérmica armada, com pouco material eosinofílico que confere o sinal da lagarta. SSS – fluoresce no teto da bolha.
IF Intercelular para IgG – pênfigo vulgar.
IF SSS no assoalho – EBA.
IF granular IgA – Dermatite Herpetiforme.
IF linear para C3 – pode ser penfigoide bolhoso.
IF linear para IgA – IgA linear.
IF intercelular para C3 – pênfigo.
SSS no teto – penfigoide bolhoso.
- 8) Doença de Grover – assemelha a pênfigo foliáceo, ou vulgar (supra-basal acantolítico) – mesma biopsia com padrão de doenças bolhosas diferentes. É muito típico de grover.
- 9) Erupção variceliforme de Kaposi – causada pelo herpes. Epiderme com bolha intraepidérmica e células grandes com núcleo fosco e claro.
- 10) Criptococose – vemos a célula do cripto com capsula espessa.

- 11) Papulose bowenoide - Lesão vulvar há 8 meses com prurido discreto e tratamento local sem melhora. Carcinoma in situ com participação do HPV, halo claro perinuclear. Identificação de células binucleadas. Faz dx de coilocitose – células binucleadas. HPV 16 e 18.
- 12) 32 anos, lesões hipocromicas grandes no dorso – doença linfoproliferativa. Micose fungoide, mucinose folicular, mucina no folículo piloso. Micose fungoide hipocromiante – achado clássico da MF.
- 13) Dissociação da derme – depósito de mucina. Mixedema – tratar com propiltiouracil. Clinicamente parece elefantíase. Mas a biopsia, apesar de não ser muito boa, mostra uma dissociação dos feixes colágenos.
- 14) Doença de Paget – eczema, eritema com descamação. AP com células grandes, citoplasma rico em glicogênio. Na teoria vemos que não se originou na camada de células basais. Então não é carcinoma in situ, Bowen – que se originam na basal. O mecanismo do Paget é disseminação epidérmica de carcinoma ductal, mamário. Então o ducto galactóforo vem com o carcinoma e as células se disseminam através da epiderme. A célula vai infiltrando a epiderme, por isso disseminação pagetoide. Doença neoplásica. Sempre que tem Paget tem carcinoma ductal.
- 15) CANCRO DURO – campo escuro com treponema palidum – sífilis. Associação verdadeira.
- 16) HERPES – E na lamina vemos corpúsculos de donovan. Então a associação esta falsa. Macrófagos com parasitas dentro do citoplasma.
- 17) Corrimento pelo penis associado com células gigantes multinucleadas (herpes) – associacao falsa.
- 18) Poroqueratose de Mibelli – tem lamela corneide.
- 19) MHT – hanseníase tuberculoide – granuloma tuberculoide. Associada com manchas hipocromicas, alteração da sensibilidade. Há correspondência entre o quadro clínico e o exame AP.
- 20)
- 21)

