

DERMATOSCOPIA DE NEVOS E MELANOMA

- **NEVO JUNCIONAL** – célula nevíca está na junção dermoepidérmica. É uma mancha acastanhada, pode ter discreto relevo.
- **NEVO INTRADERMICO** – célula nevíca está na derme. Pápula normocromica. A célula nevíca migra e permanece na derme ou vai através de melanofagos (macrófago fagocita, é chamado melanofago e vai para derme). Quando a célula nevíca ou melanofago chegam até a derme, ficam aprisionadas. Mas essa célula produz pigmento pq tem melanina dentro dela e com isso, quando chega na derme, para de produzir esse pigmento, com isso ela começa a perder o pigmento continuamente ao longo da vida. Então muitas vezes, na superfície ele pode ter mancha castanha sobre a pápula normocromica e esse castanho pode ter até 2 cores. Isso porque a despigmentação natural da célula nevíca junto com o melanofago na derme. Em uma idosa, o nevo intradérmico é normocromico.
- **NEVO COMPOSTO** – célula nevíca na junção dermoepidérmica e derme. É uma pápula acastanhada com halo super discreto ao redor. Esse halo pode circundar a lesão toda ou só metade da lesão. Ele tem célula nevíca na junção – então mancha acastanhada e na derme (como empurrou as células para cima) – pápula, então é uma pápula acastanhada.
- Para ter rede pigmentar, a célula nevíca tem que estar na junção dermoepidérmica, então no nevo intradérmico não tenho rede pigmentar.
- Ex: paciente chega com pinta na perna desde criança. À dermatoscopia não tem rede pigmentar. Dermatofibroma. Nevo congênito é geralmente composto, então tem rede pigmentar.
- Outra lesão – rede pigmentar regular com glóbulos na periferia. Há glóbulos riniformes e redondos. Se tiver glóbulo riniforme, mostra que o nevo está em crescimento – nevo juncional em crescimento.
- Outra lesão em região plantar – o pigmento tem que estar no sulco e que tenha pouco ou seja claro na crista, que é onde tem bolinhas brancas que é a abertura das glândulas sudoríparas. Se a pigmentação for na crista apagando a abertura da glândula, eu teria um melanoma. Se a abertura da

glandula esta permeavel, fala a favor de benignidade. Se o pigmento faz uma casinha ao redor da abertura da glandula – padrao LATTICE LIKE.

- Outra lesao – rede pigmentar bem intensa irregular e acaba abruptamente. Tem estrias na periferia. Provavelmente é um melanoma.
- Paciente com **Síndrome do Nevo Atípico** – mais de 100 lesoes atipicas (acima de 100 é paciente para fazer mapeamento). Faremos mapeamento digital. Mais de 10 lesoes já vale a pena arquivar.
- Paciente com suspeita de Peutz Jeghers – perioral, perianal e fazendo mapeamento, é seguro para compararmos uma lesao com a outra. Entao ele não é só para paciente com sd do nevo atipico.

→ **NEVOS COMUNES**

- Melanocitos se diferenciam nas células névicas que podem estar na juncao dermoepidermica, derme ou ambos. Com isso eles são juncionais, intradermicos ou compostos.
- São lesoes benignas, simetricas, de 1 ou 2 cores, estruturas de forma, tamanho e distribuicao regulares, ausencia de veu azul-acinzentado, estrias radiadas e pseudopodes.

→ **NEVO JUNCIONAL**

- Rede pigmentar regular em favo de mel, pontos e globulos castanhos ou pretos que predominam no centro e esmaecem gradualmente ate as bordas, pigmentacao regular ou simetricamente irregular (simetricamente feia).

→ **NEVO COMPOSTO**

- Rede pigmentar regular e discreta, na periferia, pq ela que vai formar o halo periferico bem fininho discreto. Pigmentacao homogenea ou hipopigmentacao central ou simetrica, a rede esmaece gradualmente para a periferia. Quando há pigmentacao, se for irregular é simetrica. Globulos e pontos pretos, castanhos, azuis ou cinzas (podemos ter essas 2 ultimas cores pq temos parte dermica do nevo). A distribuicao dos globulos e

pontos é sempre regular no centro da lesão. Aqui o padrão pode ser **globular, cobblestone ou pointillist**.

→ Pelo é dermico, por isso podemos encontrar pelo saindo da lesão. Podemos ter globulos e pontos preenchendo toda a lesão e podemos não identificar uma rede. Mas bem ao redor, uma manchinha lateral, podemos ver uma rede. Como há uma elevação, ao amassarmos a lesão, fica difícil de ver a rede.

→ **NEVO INTRADERMICO**

→ Não tem rede pigmentar, pontos e globulos distribuidos regularmente, pigmentação discreta ou ausente, pode ter pseudo-rede, pode ter **padrão globular, cobblestone, pointillist**, pode ser papilomatoso com pseudocistos corneos e pseudoaberturas foliculares, e pode ter telangiectasias.

→ Quando perde toda a pigmentação, podemos não encontrar globulos e pontos (são aglomerados de células nevas na derme ou epiderme). O vaso característico do nevo intradermico é em ***virgula***. A virgula tem uma perninha menor que a outra, mas pouca coisa, muitas vezes sendo um V (vaso paz e amor).

→ Hiperplasia sebacea – vaso em ***coroa*** (em C).

→ **Padrão cobblestone** – globulos achatados, poliedricos, com macha residual no centro do nevo intradermico.

→ **Padrão pointillist ou globular** – apenas pontos e globulos.

→ **Padrão intradermico papilomatoso** – o globulo é o que tem cor, tem uns gomos grandes cor da pele. A superfície é toda irregular, então esse fofinho é a superfície irregular. Estou achatando as pontinhas do nevo, por isso fica gordinho. Mas os globulos são o que tem cor. Parece muito ceratose seboreica papilomatosa. Tem pseudocistos corneos e pseudoaberturas foliculares, mas tem globulos (que não são presentes na ceratose seboreica). Globulo é célula neva que caracteriza lesão melanocítica. Ceratose seboreica não é lesão melanocítica.

→ **Nevo intradermico** - Predomina vaso em virgula, mas tbm pode ter vaso em coroa.

→ NEVO EM CRESCIMENTO

- Vamos buscar globulos riniformes na periferia. Todos os nevos podem estar em crescimento. Geralmente esses nevos em crescimento são os adquiridos. Tem que ser observado a frequencia com a idade.
- É normal que um nevo cresca na adolescencia. Se for em adulto e esta crescendo não é normal.
- Na crianca e adolescente se não tiver atipia, vamos acompanhar e não retirar.
- Globulos castanhos na periferia riniformes estao em crescimento.
- **Nevo de Spitz e Reed** – tem globulos na periferia inteira e não estao em crescimento. É igual roda gigante, tudo tem que circundar a lesao inteira (estria, pseudopode, globulo riniforme, rede invertida) – tudo tem que estar na lesao inteira, pq são todos achados do melanoma.
- Nem sempre lesao em crescimento com globulo na periferia é maligna. Pode ser apenas um nevo crescendo.
- Ex: nevo com globulos em toda periferia, rede, cores escuras entremeadas por cores mais claras. A distribuicao esta regular, entao falo a favor de lesao benigna. É um nevo composto. Pode se apresentar tbm com alteracao de hiper e hipocromia. Se dividir a lesao ao meio é regular.
- Rede pigmentar e globulos – nevo juncional em crescimento.

→ NEVO AZUL

- É uma mancha azul profunda, dermica, pode ser azul ou acinzentada à dermatoscopia. Tbm pode ter um amarronzado na dermatoscopia, mas é homogeneo, totalmente regular, azul ou cinza. Não tem rede pigmentar. Pq ele é dermico (tudo que é dermico não tem rede pigmentar).
- Ausencia de rede, globulos e pontos, hiperpigmentacao difusa. Pode ter areas com azul mais intenso e areas com menos azul. Pode ter area brancacenta no meio q é o colageno (pode lembrar dermatofibroma). São raros os casos, mas podem se tornar malignos (8 descritos na literatura ate

entao). Ele é muito homogêneo. O maligno é elevado, em crescimento, mas na dermatoscopia é tão homogênea quanto o benigno.

→ **NEVO CONGENITO**

- É composto ou intradérmico. Então pode ter padrões cobblestone, pointillist ou globular. Tem áreas sem estruturas entremeadas por ilhas com vários componentes estruturais e cores. Essas ilhas podem ser ao redor da estrutura do pelo (área clara).
- Há melanoma que não invadiu o pelo, mas a maioria já destruiu folículo piloso.
- Geralmente ele é composto e tem rede pigmentar ao redor. Distribuição uniforme das estruturas e cores nas ilhas. Padrão homogêneo da lesão.
- Lesões muito espessas (nevus gigantes) – não são beneficiados pela dermatoscopia. O risco de transformação maligna é maior. Há novos padrões para dermatoscopia de nevus gigantes.
- Pode ser papuloso e se transformar em papilomatoso, agora ter parte papulosa e parte papilomatosa a prof nunca viu. 8% do nevo gigante evoluem para melanoma, nos primeiros 3 anos de vida, se chegou até 6 anos, teoricamente a cca está liberada. Se a lesão for ressecável, mesmo que for feita cirurgia seriada, o aconselhável é retirar pelo risco de malignização.
- Ilhas sem estruturas e ilhas com presença de estruturas. A ausência de estruturas é onde há saída do pelo. Ao redor do pelo não tem nada – rede, pontos, globulos. Sempre entremado áreas de hipo e hiperpigmentação, esmaecendo para a periferia e sem pontos e globulos (decorar essa imagem de ilhas de nevo congênito).

→ **NEVOS DE CÉLULAS FUSIFORMES E OU EPITELIOIDES (NEVOS DE SPITZ E REED)**

- Melhorou a acurácia com a dermatoscopia 93% x 56% a olho nu. Antigamente se retirava muitos nevus de Reed e Spitz pq não tinha dermatoscopia. E chamava de melanoma infantil.

- **Nevo de Spitz** – papula rosada que pode tornar-se pigmentada em face de crianças e adultos jovens.
- Pode ter uma rede invertida, porem a lesao inteira. Rede invertida localizada, apenas em um pedaco da lesao – pensar em melanoma. Rede invertida na roda gigante – nevo de Spitz e se for em uma parte pequena da lesao – melanoma.
- **Nevo de Reed** – papula enegrecida pigmentada nas extremidades de mulheres jovens.
- Nevo de Spitz pigmentado = Nevo de Reed.
- Diagnostico diferencial com melanoma, nevo composto ou intradermico e nevo em crescimento.

Como se apresentam:

Padrao starburst (53%) – hipopigmentacao central e toda a periferia lembrando uma explosao estelar. Periferia inteira – roda gigante. Pode ter globulos na periferia inteira, mimetizando estrias e pseudopodes e hipopigmentacao central.

Padrao globular (22%) – pigmentacao central e globulos riniformes na periferia toda.

Padrao atipico (25%) – assimetria, distribuicao irregular e veu azul esbranquicado (um quarto tem atipia no AP) – esse padrao não conseguimos dizer a olho nu que é nevo de Reed, Spitz ou Melanoma, temos que ver pelo AP (cordoes de celulas atipicas, sem epidermotropismo para dizer que é nevo de Reed ou Spitz e não melanoma).

Figura – lesao em face de crianca - vemos pontos e globulos na periferia clara da lesao, da a sensacao de ser papilomatoso, vejo um enegrecido (blotting) do outro lado da lesao (metade com pigmento e metade sem, apenas com pontos e globulos). Não vejo rede pigmentar. Dividindo a lesao as partes não são especulares entre si. É um nevo de Spitz atipico. Parece muito um melanoma ou nevo atipico.

Nevo de Reed – hipopigmentacao central com estrias ao redor de toda a lesao (roda gigante).

Reed atípico – rede pigmentar ao redor da lesão, áreas hiperpigmentadas com pontilhados hipopigmentados, mas tem uma área central totalmente diferente do restante (hipopigmentada).

Critério para nevo melanocítico – pontos e globos e rede pigmentar.

➔ **NEVO RECORRENTE**

- ➔ Também pode ser chamado de nevo persistente ou pseudomelanoma.
- ➔ Quanto tempo preciso que a pigmentação apareça para que seja nevo recorrente – tirei o nevo hoje, depois de quanto tempo o pigmento tem que surgir em torno de 3 a 6 meses. O pigmento tem que surgir até 2 mm da cicatriz. Vai surgir de forma irregular mas até 2 mm da cicatriz. Se for a 3 cm da cicatriz não é do nevo. Pode ser metástase cutânea de melanoma.
- ➔ Assimetria e pigmentação com aspecto bizarro, tem sempre a área branca que é a cicatriz, terminação abrupta, estrias alongadas e dispostas paralelamente (são pseudoestrias pq é um pigmento que mimetiza estria e rede). Pode ter pontos pretos e áreas azul-acinzentadas, pode ter cor vermelha pela neovascularização. Diagnóstico diferencial com melanoma recorrente (aparecimento tardio, não respeita bordas, aspecto mais bizarro e número maior de estruturas).
- ➔ Se o pigmento começa na cicatriz e acompanha sua borda, pode até se estender mais – nevo recorrente. Agora se há pigmento apenas longe da cicatriz – pensar em melanoma.