

CONTINUACAO DERMATOPATOLOGIA – DRA FERNANDA

ERUPÇÕES ERITEMATO-DESCAMATIVAS

→ LIQUEN SIMPLES CRÔNICO

- hiperqueratose com paraqueratose focal
- hipergranulose
- acantose com alongamento irregular de cones epiteliais – geralmente não é psoriasiforme (alongamento regular).
- Verticalizacao do colageno e dos vasos na derme papilar.
- Infiltrado linfocitario perivascular.
- Pode ocorrer espongiose discreta (sem vesiculacao) e papilomatose minima. Pensar em um eczema que de tanto cocar ficar mais hiperplasico do que espongiotico.
- A papila dermica é frouxa, vaso redondinho, são fibras colagenas soltas e no liquen elas ficam verticalizadas, espessadas.

→ PRURIGO NODULAR

- forma nodular do liquen simples cronico.
- Tem as mesmas caracteristicas com hiperqueratose, hipergranulose, acantose, mas tem um esboço regular. Discreta espongiose.

→ PSORRIASE

- Placas papuloescamosas nitidamente demarcadas com descamacao prateada espessa (paraqueratose).
- Principalmente em couro cabeludo, tronco, gluteos, cotovelos e joelhos.
- Lus ultravioleta melhora o quadro, pode ter distrofia ungueal, artrite psoriasica e prurido em um terço dos casos.
- Placas bem delimitadas, elevadas, escamosas, escamas prateadas.
- Padrao psoriasiforme no AP.
- Acantose regular e linfocitos perivasculares superficiais. As papilas não tem verticalizacao e fibrose como no liquen simples cronico. Há edema que não é fibrose. Os cones podem ficar alongados e se fundirem.
- Paraqueratose confluyente e não focal (lembrar da descamacao), hipogranulose, neutrofilos no estrato corneo (microabscessos de Munro), neutrofilos na camada espinhos (pustula espongiiforme de Kogoj), adelgacamento supra-papilar da epiderme, acantose regular ou psoriasiforme (mesmo comprimento), dilatacao dos capilares das papilas dermicas e há linfaticos perivasculares. Pode ter um pouquinho de espongiose. Isso dificulta porque eczema cronico pode ter espongiose e ser psoriasiforme.
- Abscesso é conjunto de neutrofilos. Os nucleos da paraqueratose são achatados.
- Vemos um roxinho alongado na cornea – microabscessos de Munro.
- Sinal do orvalho sangrento – retirando a camada cornea, a epiderme tá fininha e a derme tá edemaciada, com vasos congestionados, então há o sangramento dos vasos da

papila dermica.

- Na derme superficial temos linfocitos perivasculares.

→ LIQUEN PLANO

- Erupção idiopática comum com papulas e placas poligonais, planas, pruriginosas e violáceas, brilhantes.
- Comum em punhos, mãos, tronco e pernas
- Descamação reticulada fina na superfície – estrias de Wickham.
- Persiste por meses ou anos.
- Tem associação com hepatite C (menos de 10% dos casos).
- Pode ser eruptivo.
- Liquen plano oral, lesões esbranquiçadas e poligonais.
- Liquen plano ungueal – alteração clínica do liquen plano ungueal é o pterígio ungueal.
- Variantes clínicas do liquen plano:
 - Pela configuração das lesões: anular, linear.
 - Pela localização das lesões: da mucosa bucal, da mucosa genital, das unhas, folicular.
 - Pela morfologia das lesões: hipertrofico, vesiculoso ou bolhoso, erosivo ou ulceroso, atrofico, actínico.
- Histologia:
 - hiperqueratose do tipo ortoqueratose, hipergranulose, acantose irregular em dente de serra, tem vacuolização da camada basal, não fica nitida, fica obscurecida, infiltrado linfocitário dérmico em faixa, paralelo a epiderme, derrame pigmentar (porque a camada basal tem melanina e quando ela é agredida cai melanina na derme superficial e alguns queratinócitos degenerados também podem cair e formar os **corpos colóides ou de Civatte ou citoide**. Há formação do melanofago por fagocitose da melanina.
- Dermatite de interface – é o infiltrado em faixa. Ele não é tão homogêneo, mas ele agride a junção dermoepidérmica.
- Tem infiltrado inflamatório, corpos colóides e melanofagos na derme (derrame ou incontinência pigmentar).

→ PITIRIASE ROSEA

- lesões papuloescamosas pruriginosas ovais, do pescoço aos joelhos, bordas pouco elevadas, progressivas e sucessivas.
- Evolui para regressão e cura, tem uma lesão maior inicial (medalhão, placa precursora ou pronunciativa), distribuição em árvore de natal, principalmente no tronco e relação com herpes vírus tipo 7.
- Descamação fina em colarinho na periferia.
- Histologia – paraqueratose focal, acantose discreta, espongióse sutil, raramente tem vesículas, linfócitos perivasculares superficiais e focos de extravasamento de

hemácias. Pode ser dermatite espongiótica leve.

- Infiltrado linfocitário perivascular. Extravasamento de hemácias na derme, mas também pode ter na epiderme, pode ter exocitose (linfócitos na epiderme).
- É uma dermatite exematosa leve, espongiótica leve.
- Não é muito específica. Precisa ter suspeita clínica.

→ PITIRIASE LIQUENOIDE

- Aguda:** tipo pitiríase liquenoide varioliforme aguda (PLEVA – doença de Mucha-Habermann)
- é uma erupção idiopática, ocorre mais em crianças e adultos jovens.
- Erupção polimorfa de pequenas papulas com escamas (pitiríase), papulas rosadas e achatadas (liquenoide), papulas purpúricas e necróticas, vesículas, úlceras e cicatrizes (varioliforme).
- Crônica:** histologicamente semelhante, menos crosta descamativa, menos neutrófilos, menos espongiose, menos vesículas e menos queratinócitos necróticos.
- Histologia: descamação – então tem paraqueratose fôca e crosta descamativa, exocitose e infiltrado inflamatório denso superficial e profundo (na aguda), espongiose, ceratinócitos necróticos frequentes, alteração de interface vacuolar, extravasamento de hemácias na derme e epiderme.
- A aguda tem muito mais necrose de queratinócitos do que a crônica.

→ LIQUEN ESTRIADO

- é incomum, placa descamativa linear, às vezes hipopigmentada, mais frequente em ccas e nos membros, porção proximal. Geralmente regride em meses a anos.
- Pode ser eritematosa, hipopigmentada.
- Histologia: paraqueratose fôca, acantose discreta (pode ser psoríaseiforme), espongiose, disceratose em alguns casos, liquefação focal da camada basal, linfócitos perivascularares ou liquenoides ao redor de folículos e ductos sudoríparos ***dica do liquen estriado
- Há dermatite de interface focal, não difusa. Foliculo com anexo cheio de infiltrado inflamatório. Ducto de glândula ecrina com infiltrado ao redor.

***Não confundir liquen:

liquen plano – interface, liquen estriado – também tem interface, liquen simples crônico não tem interface.

→ PITIRIASE ALBA

- comum, placas descamativas mal definidas com hipopigmentação, face e MMSS de ccas, associação com DA, diagnóstico clínico.
- Histologia: paraqueratose focal, tamponamento folicular, espongiose folicular focal, exocitose folicular focal, linfócitos perivascularares.
- Alteração no folículo. Hiperqueratose no folículo, espongiose no folículo com

exocitose no folículo. Tamponamento folicular com espongiose e exocitose do folículo.

- Tem associação com DA e queratose pilar.

→ PARAPSORRIASE

□ idiopática, placas descamativas persistentes crônicas, em tronco de adultos, não responde a tratamentos para eczema, é entidade controversa, a de pequenas placas é considerada benigna e a de grandes placas é considerada estágio inicial de micose fungoide.

□ Placas eritematosas no tronco, um pouco infiltradas, podem ser pequenas ou grandes. A principal característica é que é persistente e não melhora com o tratamento para eczema.

□ Biopsia pode dar inespecífica, então temos que fazer segmento histológico porque o que define a micose fungoide é a histologia. Pode ser estágio inicial não visto no AP.

□ Histologia: paraqueratose focal, acantose ou atrofia da epiderme, espongiose em alguns casos, exocitose, liquefação focal da camada basal, linfócitos perivascularares (ou liquenoides), eritrócitos extravazados.

□ Lesão suspeita – quantidade de exocitose na epiderme e sua disposição – lentiginoso na camada basal ou formando microabscessos são mais suspeitos, núcleo do linfócito aumentado ou cerebriforme são suspeitos.

□ Não tem quadro histológico e clínico característico – é meio controverso.

→ PITIRRIASE RUBRA PILAR

□ placas psoriasiformes com ilhas de pele normal, geralmente de cor vermelho-salmão, vivo, mais comum no tronco, generalizada com palmas e plantas hiperqueratósicas espessas, papulas foliculares vermelhas e distrofia ungueal.

□ Placas confluentes, eritematosas, edematosas com ilhas de pele normal no interior. Eritema e papulas foliculares em falange proximal.

□ Tamponamento folicular porque tem papulas foliculares – igual na pitirriase alba.

□ Paraqueratose em ombro = adjacentes aos tampões foliculares, alternada com ortoqueratose (tabuleiro de xadrez). Acantose irregular ou psoriasiforme, acantolise em pouquíssimos casos e linfócitos perivascularares.

□ Folículo: dentro dele tenho queratina, o ostio dele fica dilatado de tanta queratina, chamamos de tamponamento ou hiperqueratose folicular.

□ Podemos ver espículas corneias na pele, mas é muito sutil. Paraqueratose alternada com ortoqueratose na horizontal e vertical.

□ Saber: tamponamento folicular e alternância de para e ortoqueratose tanto na horizontal quanto na vertical.

→ LIQUEN NITIDO

- erupcao assintomatica rara, varias papulas minusculas de 1mm da cor da pele ou hipocromica, mais frequente em ccas especialmente tronco e penis e persiste por meses ou anos.
- Pode ter escoriacao ou umbilical – dx diferencial com molusco, verruga plana, criptococose em imunodeprimido.
- Histologia: paraqueratose e atrofia da epiderme sobre um foco arredondado de linfocitos na derme papilar. Liquefacao focal da camada basal, os cones interpapilares formam um colarete que se estende ao redor dos foliculos como uma **mao que segura uma bola**. Celulas gigantes multinucleadas em alguns casos.
- Colarete que envolve o foco de infiltrado.
- Paraqueratose, atrofia da epiderme, vacuolizacao da camada basal por infiltrado inflamatorio com agressao liquenoide, pode ter celula gigante multinucleada.

*** liquen simples cronico não tem dermatite de interface.

ERITEMAS REATIVOS

→ Pode ser reações a farmacos, infecções, neoplasias ou outros disturbios variados. Afetam principalmente a derme, com menos descamacao e menos alteracao epidermica. Eritema empalidece sob pressao sem purpura ou vasculite (não há fenômeno vasculopatico), podem ser anulares ou figurados se tiverem forma de anel.

→ URTICARIA

- comum, em 20% da população, vergões ou placas evanescentes que mudam de um local para outro em algumas horas, são muito pruriginosas, hipersensibilidade tipo I (mediada por IgE), alimentos, farmacos, infeccoes ou idiopatica. Em alguns casos pode ter dermatografismo.
- Aguda: menos de 1 mês, mais facil de achar a etiologia.
- Cronica: mais de 1 mês podendo atingir anos, menos relacao com IgE, idiopatica em 90% dos casos.
- Pode ser:
 - Ao frio: mais comum em ccas e adultos jovens – fazer teste do gelo.
 - Solar: após algumas horas de exposicao ao sol.
 - Colinergica: após exercicios fisicos.
 - De pressao: pes, maos ou gluteos.
- Angioedema hereditario: autossomico dominante, edema de face e labios, sem urticaria, reducao do inibidor da esterase do C1.
- Angioedema com urticaria aguda: sem antecedentes familiares
- Urticaria papulosa: picadas de artropodes
- placas eritemato-edematosas bem delimitadas, angioedema, dermatografismo
- Histologia: edema da derme, epiderme normal, tendo eosinofilos, neutrofilos,

linfocitos, mastocitos perivasculares. É um quadro bem sutil, há um pouco de edema na derme.

→ ERITEMA MULTIFORME

- é comum, início subitô de lesões multiformes (papulas, urticas, lesões em alvo), geralmente recidivantes, especialmente na pele acral (palmas), acomete crianças e adultos jovens, associação com herpes simples, fármacos e outras infecções.
- **Síndrome de Stevens-Johnson:** mais necrose da epiderme e acometimento mais marcante das mucosas.
- **Necrose epidérmica tóxica:** pode levar ao óbito, com desprendimento extenso de toda a pele necrosada, geralmente causada por sulfonamidas, fenitoína e outros fármacos.
- **Eritema migratório necrótico:** síndrome do glucagonoma: placas crostosas, especialmente em boca, pele perioral e acral, nível sérico elevado de glucagon; lesões psoriasiformes com tendência de necrose apenas da camada superior da epiderme (palidez da epiderme superficial). Pode ocorrer também por deficiência nutricional.
- Histologia: necrose de queratinócitos, vacuolização da camada basal, podendo fazer bolhas subepidérmicas, edema subepidérmico, esponjoso, linfócitos perivasculares ou na interface, extravasamento de hemácias – pode ser purpúrico, violáceo em alguns casos.
- Derme papilar pálida, branca – edema. Linfócitos perivasculares, dermatite de interface vacuolar com edema subepidérmico. Queratinócitos apoptóticos.
- O que muda é o espectro de necrose epidérmica.

→ ERITEMA ANULAR CENTRIFUGO

- raro, placas anulares, geralmente com anéis incompletos com colarinho de descamação serpiginosa, ocorre em adultos, geralmente no tronco, idiopático (podendo ter relação com tinea pedis em alguns casos).
- Lesão com a borda elevada, muito mais eritematosa com centro esmaecido. Eritema anular ou eritema figurado, serpiginoso. Pode ter borda marcante com descamação periférica.
- Histologia: paraqueratose focal, esponjoso em alguns casos, linfócitos em manguito nitidamente demarcados, dispostos densamente ao redor dos vasos sanguíneos dilatados na derme superficial e profunda.
- Dermatite perivascular superficial e profunda – eritema anular e alguns eritemas figurados. São bem delimitados e formam manguito.
- Epiderme não tem alteração muito marcante – discreta esponjoso e hiperqueratose. Denso infiltrado linfocitário ao redor dos vasos. Isso que se chama em manguito.

→ ERITEMA GYRATUM REPENS

- muito raro, aspecto impressionante exacerbado na clínica – veios de madeira, erupção descamativa eritematosa e pruriginosa, cujo aspecto modifica-se diariamente.

Mais comum no tronco, associacao com neoplasia maligna (ca de pulmao).

- A doenca é rara e aspecto clinico muito exuberante, então geralmente não faz bx.
- Eritemas anulares serpinginosas com centro esmaecido e vai confluindo.
- Histologia – inespecifica, dx clinico.

→ ERUPÇÕES MEDICAMENTOSAS

- podem apresentar quase todos os padroes clinicos e histologicos
- maculopapulosas, morbiliformes, exantematicas. O mais comum é maculopapuloso e maculas vermelhas generalizadas, inicialmente sem descamacao,
- Histologia: linfocitos perivasculares, frequentemente com eosinofilos, algumas vezes com dermatite de interface.
- Pode ser urticariforme, vasculite, EM, SSJ, NET, medicamentosa fixa: placa vermelho-viva com ou sem bolhas, fixa em único local sempre que há exposicao ao farmaco; cicatriza com hiperpigmentação; histologia semelhante ao EM, mas com mais tendencia a apresentar eosinofilos.
- Na fase tardia só tera melanodermia.
- Liquenoide:** semelhante ao liquen plano, mais tem mais tendencia a apresentar eosinofilos.
- Eczematosa:** incomum.
- Psoriasiforme:** incomum – mais com beta bloqueadores.
- Fotodermatite induzida por farmacos:** dermatite perivascular com espongiose e queratinocitos necroticos.
- LE induzido por farmaco:** clinica e histologia semelhante ao lupus, anticorpo anti-histona
- Pseudoporfiria** induzida por farmacos.
- Penfigo** induzido por farmacos: associado a penicilamina
- Bolhosa com deposicao de IgA linear:** associada a vancomicina, captopril.
- Halogenodermas** (bromo, iodo): ingestao excessiva de brometos ou iodetos; lesoes acneiformes extensas, com histologia semelhante a da acne;
- ***Pustulose exantematica generalizada aguda (PEGA):** semelhante a psorise pustulosa, com maior tendencia a edema da derme papilar, queratinocitos necroticos e eosinofilos.
- Acne** induzida por farmacos.
- Enfim: diversos padroes inflamatorios clinicos e pouco especificos. Se for acneiforme a histologia sera de foliculite, se for liquenoide – semelhante ao liquen plano, pode ser qualquer padrao clinico ou histologico. Em geral eosinofilos que indicam reacao de hipersensibilidade são supervalorizados. Se não tiver eosinofilos pode ser farmacodermia – não exclui. O que mais ajuda no diagnostico é a regressao da dermatite com a interrupcao do farmaco e a recidiva após exposicao.
- Biopsia é mais para excluir outras causas e ver se ajuda um pouco.
- Pode ter vacuolizacao da camada basal com ceratinocito apoptotico.
- Na necrose epidermica há um borrao, não vemos limite nitido da celula assim como na necrose fibrinoide do vaso.

- Lembrar: todos os padroes possíveis, interface, eosinofilos e ceratinocitos necroticos.
- Erupcao medicamentosa fixa: pega na fase tardia e só tem melanodermia, então não exclui um eritema pigmentar fixo.
- PEGA: histologia como se fosse psoríase pustulosa, não tem muitos eosinofilos, tem pustulas subcorneas.
- Dermatite granulomatosa intersticial aguda (DIGA): dermatite granulomatosa superficial com eosinofilo que pode ser um tipo histologico de farmacodermia.

→ ERUPÇÃO POLIMORFA DA GESTAÇÃO

- **Papulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez (PUPP).**
- Erupção mais comum na gravidez, papulosa e urticariforme (raramente vesiculosa), muito pruriginosa. Ocorre mais em primíparas e no 3o trimestre, principalmente em gemelares.
- Tem inicio nas estrias abdominais, regride após o parto, e não há repercussões fetais.
- Papulas eritematosas bem pruriginosas e confluentes, também pode ter nas estrias de raiz da coxa.
- Diferencial clinico com penfigoide.
- Histologia: paraqueratose focal, espongiose focal, linfocitos perivasculares com eosinofilos, IFD negativa. Derme superficial infiltrado inflamatorio superficial com eosinofilos.

→ SINDROME DE SWEET

- **dermatose neutrofilica febril aguda**, incomum, inicio subito, placas crostosas vermelho-escuras ou hemorragicas dolorosas ou bolhas, em face e membros, clinicamente semelhante a vasculite ou infeções. Pode ser nodular também.
- Diagnostico: firmado após exclusao de infeccoes.
- Resposta a corticoides sistemicos. Tem febre e leucocitose. Associacao com leucemia mieloide e outras neoplasias (sempre excluir neoplasia em Sweet), artrite, doenca inflamatoria intestinal, historia de IVAS ou farmacos. Pode ser qualquer neoplasia, sendo leucemia mais comum.
- Pode ter aspecto hemorragico, parecendo eritema multiforme. Placa eritematosa com centro mais violaceo. Eritematoso, infiltrado, edematoso, podendo ter formacao de bolha. O aspecto elevado é porque tem bastante edema da derme papilar.
- Histologia variavel – pode ter bolha, crosta, hemorragico, necrose.
- Edema de derme superficial, formando bolha de tanto edema. Tem neutrofilos difusos na derme. Não tem vasculite propriamente dita. Eritrocitos extravasados em alguns casos. Pode ter figura de leucocitoclasia – poeira nuclear – resto de poeira de neutrofilos também visto na vasculite leucocitoclastica.
- O infiltrado neutrofilico é o mais importante.
- **Edema da derme papilar (subepidermico) – também presente na urticaria**

e eritema multiforme.

- Sweet pode ser bolhosa por esse edema da derme, na dermatite herpetiforme são vesículas menores com clivagem menor e na Sweet o infiltrado neutrofílico é difuso, superficial e profundo e na dermatite herpetiforme é superficial com microabscesso de papilinhas.
- Neutrófilos são multinucleados. Tem aspecto sujo, todo granuloso.
- Foliculite supurativa é com área assim.

→ ERITEMA DISCROMICO PERSISTENTE

- ***dermatose cinzenta***, incomum, pode ser variante do líquen plano, manchas azul acinzentadas, assintomáticas, idiopáticas e persistentes. Principalmente em face e tronco, algumas vezes generalizadas, comum em latino-americanos.
- Histologia: vacuolização da camada basal, com corpos colóides discretos ou ausentes, derrame pigmentar, linfócitos perivasculares ou na interface (geralmente esparsos, apenas nas lesões iniciais).
- Corpos colóides – também presentes no líquen plano.
- É mais sutil que líquen plano, corpos colóides, linfócitos perivasculares e melanofagos. Não é específico e patognomônico.