

HISTOPATOLOGIA 70 – CRISTIANO HORTA

- Epiderme, derme papilar, derme reticular e hipoderme ou tela subcutanea.
- A derme papilar tem um colageno mais frouxo, tem um limite anatomico entre a papilar e a reticular – plexo vascular superficial. Esse plexo não é uma linha reta, é um vaso tortuoso, que aparece no corte histologico como partes do vaso.
- A epiderme faz projeções chamadas de cones epiteliais e na derme delimita as papilas dermicas.
- Há os anexos – folículos pilosos com glandulas sebaceas, vasos e filetes nervosos.

- **EPIDERME**
- Epiderme tem a camada cornea com estrutura semelhante a uma rede, celulas granulosas, espinhosas e basais. Mas quando pensamos na epiderme devemos pensar no contrario.
- Celulas basais – extrato germinativo da pele, onde ocorrem as divisoes celulares. A medida que há diferenciacao, a celula basal tem uma relação nucleo grande citoplasma pequeno, ela assume uma posicao nuclear parecida e a medida que ela se diferencia ela fica mais rosea e vai perdendo nucleo, forma granulos de cerato-hialina e eles vao fazer parte da estrutura da celula cornea que é anucleada. E há a trama gracias a filagrina.
- A epiderme começa na celula basal, vai pra espinhosa, granulosa e cornea.

- **DERME RETICULAR**
- A derme reticular é formada por colageno – feixes roseos. Em determinadas areas do corpo são mais grossos e mais resistentes. Homem tem colageno mais espesso, quando já tomou mais sol. Glandula sebacea e sudoripara.

- **HIPODERME**
- Há lobos de gordura, septos vascularizados interlobulares. A paniculite pode ser septal ou lobular, com comprometimento lobular ou só septal.
- O adipocito é celula grande, com citoplasma abundante e raramente vemos o nucleo.

- **GLANDULA SEBACEA**
- É formada por celulas basais – importante para ver tumor de anexo se predomina componente basal ou sebaceo.
- Celulas vacuolizadas, a glandula sebacea é de secreção holocrina – a propria celula sebacea é excretada – ela não produz secreção, mas excreta a propria celula.

- **CORPUSTULO TATIL DE MEISSNER**
- Tem fibras delicadas, corpousculo tatil.

- **CORPUSCULO DE VATER PACCINI**
- Parece uma cebola cortada transversalmente.
- É de pressao.

- GLANDULA SUDORIPARA ECRINA
- Tem uma porção secretora, ela produz uma secreção e secreta na luz tubular que atravessa a derme reticular no seu tubulo secretorio. Temos a parte excretora, de condução e ela se abre no acrosiringeo – que é extrutura em saca-rolha na epiderme. O ducto sudoriparo sai em forma de saca-rolha na superficie. Na camada cornea vemos o caminho sudoriparo neste formado.

- GLANDULA SUDORIPARA APOCRINA
- É chamada de apocrina pq secreta parte do citoplasma da celula, não produz secrecao. É secrecao por decapitação – a porção superficial da glandula se solta.
- Ela é maior e se desemboca na estrutura do folículo piloso (a ecrina excreta na superficie).
- PELE ACRAL
- Há epiderme e camada cornea mais espessa – sendo pele normal para area acral. Vemos na dermatoscopia a presença de sulcos e cristas paralelos. **No meio da crista vemos aberturas do ducto sudoriparo ecrino.** As areas hiperkeratoticas acrais tem compactação da queratina bem justa epidermica – chamada de estrato lucido – ele é presente na pele acral.

- **Temos 1 melanocito para cada 8 a 10 celulas basais** – isso é a mesma quantidade para todos os tipos de pele, o que muda é a quantidade de melanina produzida pelo melanocito, a distribuição dessa melanina e o tempo de degradação da melanina.
- A lesão melanocitica tem origem no melanocito. Ele vem da crista neural, atravessa a mesoderme e povoa a epiderme. Nesse caminho podem ter ficado celulas pelo caminho. Esse é um conceito que as lesoes melanociticas podem acontecer sem vermos no processo de melanogenese. E nem tudo que é castanho tem aumento do numero de melanocitos.

- **LESOES MELANOCITICAS BENIGNAS**
- Se tenho uma hiperpigmentação sem ter aumento do numero de melanocitos eu tenho uma **melanose** – efelide, macula melanotica facial – há aumento de pigmento na camada basal sem aumento do numero de melanocitos.
- **Lentigo** – tenho aumento do numero de melanocitos – se proliferam e ficam um do lado do outro. A diferenca entre melanose e lentigo é a quantidade de melanocitos. No lentigo há aumento do numero e ele se dispoe um ao lado do outro.
- **TECA OU NINHO** na junção dermoepidermica são acumulo de melanocitos que formam os nevos.juncionais. na dermatoscopia vemos pontos ou globulos – é acumulo de celulas na juncao dermoepidermica – nevo melanocitico juncional.
- Quando esses melanocitos estao na derme – temos um nevo melanocitico intradermico e se tenho na juncao e na derme tenho um nevo composto. A palavra nevo significa sinal. E nos abreviamos o nevo melanocitico como nevo – é um sinal formal por melanocitos na juncao dermoepidermica.
- Temos nevo rubi, aranio, vinho do porto. Entao nem todo nevo é melanocitico. Entao quando falo nevo juncional eu abrevio esse conceito de nevo melanocitico.

- **Nevo azul** – há melanocitos fusiformes intensamente pigmentados.
 - **Nevo pigmentado** – nevo azul com juncional ou intradérmico ou composto. O fenômeno de halo pode aparecer em qualquer um dos nevos – intenso infiltrado de células inflamatórias que confere o halo. Posso ter nevo intradérmico, composto com fenômeno de halo.
 - **Nevo halo** – pode ser composto, intradérmico, juncional. É um nevo que sofre um processo de halo – infiltrado inflamatório.
 - Exemplo = melanocito geralmente tem um halo claro ao redor dele. Tenho hiperpigmentação das células basais – não são melanocíticas. O diagnóstico é melanose – na clínica mostra uma **EFELIDE**, pode ser melanose solar, macula melanocítica labial, hiperpigmentação melanica de células basais. Lentigo não é pq preciso ter aumento do número de melanocitos.
 - Aumento do número de melanocitos e hiperpigmentação das células basais – tenho lesão pigmentada caracterizada pelo aumento do número de melanocitos. **LENTIGO**.
 - A célula espinhosa pode conter o glicogênio, o que me ajuda a saber se é ou não melanocito é a característica do núcleo. A célula espinhosa pode ter glicogênio e durante a histologia esse açúcar é dissolvido e no final vejo uma imagem negativa que é mostrada como halo claro.
 - O núcleo da camada basal é mais compacto, diferente das células espinhosas que tem cromatina mais frouxa.
 - Acúmulo de células formando um ninho juncional – **NEVO MELANOCÍTICO JUNCIONAL**. Essas células tem uma pigmentação.
 - A célula nevíca é poligonal, não tem um formato, polidrica. O jeito da célula nevíca, melanocítica, do nevo intradérmico tem um citoplasma claro, **células gigantes multinucleadas** é comum nesse tipo de lesão. Podem formar aglomerados ou cordões e vemos uma monotonia.
 - Qualquer célula melanocítica pode apresentar células gigantes multinucleadas.
 - **Nevo intradérmico** – já tem maturação, a medida que as células se aprofundam diminuem de tamanho e quando chegam lá em baixo se tornam fusiformes. As células mais baixas são fusiformes. Isso é chamado de **célula epitelióide** – tipo A (quando junta lembra um epitélio). A medida que a célula se aprofunda ela fica pequena e com pouco citoplasma, lembrando muito um linfócito (muito núcleo e pouco citoplasma). Quanto mais profundo vemos células fusiformes ou neuroides (tipo C).
 - Maturação – célula maior na superfície, menor na profundidade e fusiforme na profundidade.
 - **Nevo azul** – pigmento profundo enxergamos azul na pele. É formado por células melanocíticas fusiformes intensamente pigmentadas.
 - O que me ajuda a saber se a célula é fusiforme ou redonda é a característica do núcleo. Núcleos alongados é pq a célula deve ser fusiforme.
- **MELANOMA**
- É uma neoplasia maligna formada por melanocitos. É uma neoplasia crescente no mundo todo e na dermatologia é o câncer de pele que tem um índice de mortalidade. O que buscamos é fazer diagnóstico precoce do melanoma.
 - **INTRODUÇÃO**
 - Tumor maligno da pele originário dos melanocitos.

- Fatores de risco:
 - 1. Fatores constitucionais
 - Pele e cabelo claro, múltiplas efelides e nevos, sd do nevo atípico, antecedente pessoal de melanoma e ca de pele, antecedente familiar de melanoma e ca de pâncreas.
 - 2. Fatores ambientais
 - Radiação UV de sol ou câmara de bronzeamento artificial.
 - UVA tem índice muito forte com ca de pele. Dentro dessas fontes estão as câmaras de bronzeamento artificial. O risco relativo de desenvolvimento de melanoma em usuários de câmara de bronzeamento chegava a 75%. A partir daí a ANVISA proibiu o uso dessas câmaras de bronzeamento artificial. O bronzeamento abaixo dos 25 anos de idade tem alta chance de desenvolver melanoma mesmo com única sessão.
- A fototerapia por UVA tem risco de desenvolvimento de câncer, então vamos pensar risco benefício. Já UVB narrow band não tem essa preocupação tão grande. Também é carcinogênico mas em menor grau. Sempre temos que ter acompanhamento desses pacientes submetidos a fototerapia. Vamos calcular o tempo de exposição do paciente de acordo com uma quantidade de radiação.

→ **Variáveis histológicas no melanoma.**

- 1) tipo histológico do tumor

MELANOMA DISSEMINATIVO / EXTENSIVO SUPERFICIAL

- Mais de 70% dos melanomas, tipo mais comum, 30 a 60 anos, hoje em dia vemos em mais jovens. Tem uma primeira fase de crescimento radial que pode durar bastante tempo, então nem sempre lesões extensas clinicamente tem pior prognóstico, pode ser extenso e fino – com crescimento radial. Depois é seguido de crescimento vertical ou invasivo – tornando-se nodular.
- AP: a histologia do melanoma é fácil. A monotonia não existe aqui, vemos áreas de pigmentação anômala, formação de ninhos, tecas de tamanhos variados, são células em alguns locais pequenas e depois ficam fusiformes com células maiores, vemos atípicas. Melanócitos na camada granulosa e córnea. Disseminação pagetoide – espaços de disseminação na derme.
- O melanócito atípico se prolifera na junção e invade a derme.
- Queratinócito – tem cromatina mais frouxa, citoplasma mais fosco, cromatina mais dispersa – é queratinócito da camada espinhosa.
- Melanócito – tem núcleo mais condensado.
- Malignidade = significa imaturidade. Neoplasia benigna – lipoma, maligna – lipossarcoma. Se eu tenho um lipoma na sela turca e ele cresce, sendo inoperável, ele deixa de ser benigno. Histologicamente seria benigno, mas clinicamente maligno.
- Uma célula indiferenciada vai dar origem a uma célula adiposa e quando a maturação dela for completa, ela é um adipócito. Se eu tenho uma neoplasia que a proliferação de células se assemelha muito ao adipócito, ela é uma neoplasia madura, benigna. A medida que a célula não chega a ter uma diferenciação completa, é uma neoplasia imatura.
- **Melanoma é uma neoplasia imatura de origem melanocítica. É maligna.**

- Dentro do conceito de neoplasias imaturas, vemos um novo conceito de anaplasia.
- **Celulas anaplasicas** se incluem polimorfismo. Ou seja uma célula é pequena, a outra é grande, a outra epitelióide – há um polimorfismo.
- **Atipia nuclear** = núcleo compacto e condensado, outro disperso, outra com nucleolo evidente, outra com 3 nucleolos. Há uma atipia nuclear.
- **Hipercromasia** = célula com muita cromatina, muito roxa.
- Mitoses atípicas
- Desarranjo
- Quando uma coisa tem tudo isso falo que é uma neoplasia de células anaplasicas, pode ser linfoma, melanoma indiferenciado, lipossarcoma indiferenciado.
- Maligno é quando é imaturo.
- Não é monotono, há disseminação pagetoide, ninhos irregulares no formato e quantidade de células, pouco pigmentadas. Essa desordem toda é melanoma.

→ MELANOMA NODULAR

- 2º tipo mais frequente. É considerado mais agressivo. Não tem crescimento radial, já tem crescimento vertical desde o início. Papula acastanhada ou sem pigmento (amelanótico) – vascularizada, sangrante. Dx diferencial com granuloma piogênico.
- 15% dos melanomas cutâneos.

→ MELANOMA ACRAL

- Mais comum em orientais e negros, mais agressivo e pior prognóstico, muitas vezes o dx não é precoce. Não é comum em caucasianos.
- Crescimento mais rápido e pode já ter Breslow alto quando diagnosticado. Sinal de Hutchinson presente.

→ LENTIGO MALIGNO E LENTIGO MALIGNO MELANOMA

- Em mais idosos e áreas fotoexpostas. Evolução muito lenta, a dificuldade é o tratamento cirúrgico pq as vezes tiramos toda a lesão e pode surgir na periferia da cicatriz um novo melanoma.
- Tem fase de crescimento epidérmica chamada **de lentigo maligno** e quando tem invasão dérmica é chamado de **lentigo maligno melanoma**.
- **Lentigo simples** – proliferação de melanócitos sem atipia ao longo da camada basal.
- **Lentigo maligno** – proliferação de melanócitos com atipia ao longo da camada basal.
- **Lentigo maligno melanoma** – proliferação de melanócitos com atipia ao longo da camada basal e invasão da derme superficial.
- Exemplo – proliferação de melanócitos no 1/3 inferior da epiderme. São melanócitos polimórficos, em losango, em fuso, em vírgula, arredondados. São atípicos. O grau de atipia passou do limite.
- Exemplo – lentigo maligno é melanoma in situ (restrito a epiderme). Todo lentigo maligno é restrito a epiderme e fica na camada basal. O lentigo maligno, surge e prolifera restrito a camada basal, quando ele infiltra a derme papilar é um lentigo maligno melanoma.

- Pq nem todo melanoma in situ é lentigo maligno = para ser lentigo maligno a proliferação dos melanocitos atípicos tem que ser restrita a camada basal. No extensivo superficial vemos isso acontece pq o melanocito se situa na camada basal, então ele prolifera e se dissemina da forma pagetoide. No melanoma extensivo superficial vemos áreas de melanoma e áreas de extensão radial. Diferente do lentigo que fica ao longo da camada basal. A diferença é a disseminação pagetoide, a formação de ninhos irregulares no extensivo superficial.

○ 2) Fase de crescimento

- **Radial** – cresce para o lado.
- **Vertical** – cresce para baixo.
- A medida que atinge o plexo superficial, aumenta a chance de invadir a circulação. O crescimento vertical aumenta a chance de disseminação – metastase.

○ 3) Nivel de Clark

- Não tem grande impacto na sobrevida. É definido como a profundidade que as células chegaram. Quando o melanoma é in situ o Clark é I. Quando atinge a derme papilar é II. Quando atinge o plexo superficial é III (limite entre derme papilar e reticular). Quando ultrapassa o plexo vascular atingindo a derme reticular é IV e quando atinge a tela subcutânea é V.
- Os vasos de grande calibre ficam na tela subcutânea, então é lógico que um Clark V é pior que um Clark II.

○ 4) Espessura de Breslow

- Como variável isolada é o que tem maior impacto na sobrevida do doente. É a medida da espessura em milímetros. Melanoma fino tem menos de 1 mm.
- É uma medida em mm que mede até a última célula na profundidade de infiltração. Não vamos medir a partir da superfície, pq se tiver uma hiperqueratose o Breslow não vai mudar. Ele vai da camada granulosa até a última célula da infiltração.
- No Clark I – melanoma in situ – não existe Breslow para Clark I ou melanoma in situ. E se tiver uma úlcera? Mede a partir da base da úlcera até a última célula daquela área for a de maior profundidade.
- O estadiamento do melanoma é **clínico e patológico**. O clínico leva em conta a palpação dos ganglios e o histopatológico inclui a avaliação histológica dos linfonodos (pode ser o sentinela ou esvaziamento ganglionar). A pesquisa do linfonodo sentinela serve para estadiar o melanoma. O estadiamento leva em conta a classificação TNM. Essa classificação TNM se baseia no Breslow.
- T (tumor).
 - T1 – Breslow menor ou igual a 1mm (melhor prognóstico)
 - T2 – Breslow 1,01 a 2 mm
 - T3 – Breslow 2,01 a 4mm
 - T4 – Breslow maior de 4mm

○ 5) Ulceração

- Os acima de 1mm serão classificados em a – sem ulceração e b – com ulceração.

- Entao pode ter T2, T3, T4 a ou b.
- T1 a – sem ulceração E mitose menor de 1/mm²
- T1 b – com ulceração OU mitose maior de 1/mm²
- Os que não apresentam mitoses são melhores dos que os que apresentam.

○ **6) Índice Mitótico**

- Vamos colocar no CGA – campo de grande aumento e vamos contar as mitoses.
- Vai depender de cada microscopio.
- Qualquer mitose – se tiver 1 ou 15 é a mesma coisa. O indice mitotico tem que ser diferente de 0. Acima de 1 mitose é a mesma coisa que 15 mitoses.
- Mitose é o momento da separação das celulas.
- Quando fazemos a imunohistoquimica com Ki67 (marca atividade mitotica) – a celula que esta pensando em se dividir já é marcada, assim como a celula que acabou de se dividir. Ainda não se chegou a um valor considerado diferencial.
- O AC Camargo faz de rotina a imunohistoquimica com Ki67 para ver a percentagem das celulas em divisao celular. Mas não surgiu nada que fale que tendo um indice proliferativo alto é pior. Essas variaveis vao ser combinadas entre elas para definir algo no futuro. Entao se temos um melanoma e fizemos a pesquisa de linfonodo sentinela e o comprometimento do linfonodo foi apenas na imunohistoquimica, volto pro tumor primario e vejo que não tinha mitose – não vou valorizar. Se tiver um indice mitotico diferente de zero – vou programar terapia adjuvante. No futuro essas informações serao utilizadas dessa forma.

○ **7) Areas de regressão**

- Não tenho tumor nem na epiderme nem na derme, há uma substituição por fibrose.

○ **8) Infiltrado Inflamatório**

- Pode ser linfocitario, plasmocitario, intra ou peritumoral – não sabemos para que serve esta informação, não sabemos se é melhor ou não já ter um sistema imunologico ativo.

○ **9) Invasão angiolinfática** influencia no prognostico.

○ **10) Invasão perineural** influencia no prognostico.

○ **11) Satelitose**

- Presença de uma proliferação tumoral distante daquele foco em ate 5cm, invadiu o plexo vascular superficial e se desenvolveu em um melanoma satélite.

○ **12) Margem cirurgica**

- Verificar se é comprometida ou não.

- 12 variaveis histologicas que servem para classificarmos melhor o melanoma e buscarmos terapias adjuvantes e complementação do tratamento e informar sobre o fator prognostico.

→ **ESTADIAMENTO DO MELANOMA**

→ N (linfonodo)

- Nx – não avaliado
- N0 – ausencia de comprometimento nodal
- N1 – 1 linfonodo comprometido pode ser
 - A – micrometastase
 - B – macrometastase
- N2 – 2 a 3 linfonodos acometidos
 - A – micrometastase
 - B – macrometastase
 - C – lesao em transito (mais do que 5mm) ou satellite sem ter comprometimento nodal – não tem comprometimento do linfonodo, mas há lesao satellite ou em transito.
- N3 – 4 ou mais linfonodos comprometidos

→ M (metastase)

- Mx – não avaliado
- M0 – ausencia de metastase
- M1 – metastase
 - A – para pele, tela subcutanea ou linfonodo distante
 - B – pulmao (mais frequente sitio de mx de melanoma – por isso fazer RX de torax no segmento do paciente com melanoma)
 - C – outros orgaos ou qualquer lugar com DHL elevado. Se o paciente tem mx pulmonar com DHL elevado ele passa a ser M1C.

→ Tudo isso serve para colocarmos os pacientes dentro de uma curva classica do melanoma.

→ Estadios I, II, III e IV.

→ ESTADIAMENTO AJCC (2009)

→ AJCC pegou toda a classificacão TNM e colocou aqui.

→ Estagio I

- T1a ou b (melanoma fino)
- T2a (1 a 2mm de Breslow sem ulceracão)
- Sobrevida em 10 anos é de 90%
- N0 M0

→ Estagio II

- T2b (1 a 2mm de Breslow com ulceracão)
- T2b a T4b
- N0 M0 (sem comprometimento nodal ou metastase)
- Sobrevida em 10 anos cai para 60%

→ Estagio III

- Qualquer T com metastase linfonodal (N1 a N3) – lesao satellite ou em transito. Sobrevida em 10 anos de 45%.

→ Estagio IV

- Qualquer T e qualquer N com presença de metastase M1 (sobrevida em 10 anos de 10%).
- Lesão em transito – melanoma na panturrilha e surge uma lesão na coxa – chamamos de **lesão em transito (em direção ao linfonodo)**. Já se tiver um melanoma na panturrilha e surgir lesão no braço - vou chamar de **metastase**.
- Em geral, as lesões em transito, satélite ou metastáticas não tem envolvimento epidérmico. Mas existem situações de melanoma metastáticos epidérmicos – tem histologia muito semelhante ao melanoma primário. Pode acontecer com um paciente que já teve um melanoma e esta tendo um 2º melanoma. Histologicamente é difícil de diferenciar.
- A regra geral é que quando não tem comprometimento epidérmico é metastático.
- **Lesão satélite** – até 5cm do foco inicial. Se tiver 6cm é **em transito** – já começa a se afastar do foco primário.

→ PESQUISA DE LINFONODO SENTINELA

- Primeiro linfonodo de drenagem do melanoma. Ele pode prever o estado dos outros linfonodos regionais.
- Se a lesão é na panturrilha, na fossa poplitea esta o linfonodo sentinela.
- Se eu estudar o primeiro linfonodo acometido, e ver que ele esta livre, eu sei que os outros estão livres. Então este é o linfonodo sentinela.
- Pode ser considerado preditivo da cadeia regional.
- Antigamente injetava-se tinta azul no melanoma da panturrilha, cortava o joelho e via se tinha algum linfonodo azul, se não tinha, cortava a virilha.
- Hoje, através de cintilografia, injeto o tecnécio 99 no local do melanoma e acompanho o radioisótopo até onde ele para. Vou marcar com uma caneta onde ele parou, paciente vai ser operado no dia seguinte. Previamente à cirurgia, o médico vai injetar o azul de metileno para facilitar no ato cirúrgico. Durante o ato cirúrgico, o médico vai usar um processador que vai apitar onde tiver maior quantidade de tecnécio. Vai retirar o linfonodo e mandar ao patologista.
- Vai fazer a coloração de rotina do HE em 3 níveis de cada fatia do linfonodo, se viu que tem melanoma – metastase em linfonodo sentinela, já vira N1. Já cai no estadiamento III (qualquer T e N1).
- O linfonodo sentinela entra no estadiamento do paciente. Ele sai do estadio I e passa para o III. O índice de sobrevivência sai de 90% e vai para 45%.
- Começaram a fazer linfonodo sentinela para todos os tamanhos de Breslow. E foi visto que os pacientes se beneficiam com a pesquisa de linfonodo sentinela acima de 1mm.
- Foi verificado que parte dos pacientes tinham linfonodo sentinela positivo. A partir de 0,75mm de Breslow, 7,5% dos pacientes saem do estagio I e vão para o estagio III.
- Vamos encontrar pessoas radicais que só fazem linfonodo sentinela acima de 1mm. Mas foi visto que pacientes de 0,75mm a 1mm tem um risco de 7,5% de ter linfonodo sentinela positivo. Então o certo é fazer acima de 0,75mm para

- evitar que passe gente com presença de linfonodo. Mas tem gente que só faz acima de 1mm.
- ➔ Para os menores de 0,76mm só está indicado linfonodo sentinela se ele apresentar – regressão, ulceração, Clark IV ou V (na palpebra podemos ter), índice mitótico diferente de zero.
 - ➔ **Logo, indica-se linfonodo sentinela para Breslow acima de 0,76mm ou abaixo de 0,76mm com índice mitótico diferente de zero, regressão, ulceração, Clark IV ou V.**
 - ➔ Há uma discussão enorme sobre a realização de linfonodo sentinela. O que se sabe hoje, é que o paciente que fez e o que não fez, continua morrendo no mesmo tempo, a sobrevida global não mudou, por isso que as pessoas que são contra, alegam isso.
 - ➔ O índice de sobrevida livre de doença é maior nos pacientes que realizaram linfonodo sentinela.

➔ QUESTÕES

- 1) Nevo azul – nevo de células fusiformes.
- 2) Nevo melanocítico composto – componente intradérmico e juncional.
- 3) Melanose – a grande maioria da pele não tem aumento de melanócitos. Pode ser melanose, efelide, macula hiperpigmentada.
- 4) Nevo melanocítico intradérmico.
- 5) Melanoma.
- 6) Incontinência pigmentar, componente juncional, células pequenas – podem ser nevas ou infiltrado inflamatório = provavelmente células nevas intradérmicas – nevo composto.
- 7) células fusiformes, alongadas, intensamente pigmentadas – nevo azul.
- 8) melanoma = tipo extensivo superficial, há formação de ninhos, segue um padrão lentiginoso, fase de crescimento vertical. Clark III – não ultrapassou o plexo superficial. Breslow – meio da camada granulosa até a última célula – 1,2mm. Ulceração a (sem ulceração), regressão (ausente) – não vejo tumor epidérmico nem dérmico e vejo fibrose. Infiltrado inflamatório intratumoral – ausente, peritumoral – leve. Invasão angiolinfática – ausente, invasão perineural – ausente. Índice mitótico – procurar 10 campos de grande aumento para procurar mitose. Aqui é zero. Estadiamento T2, Nx (não investigado), Mx (não investigado).
- 9) com aumento muito grande as células nevas parecem feias. É um nevo intradérmico, mas olhando as células achamos que é atípica. O que importa é que nessa visão geral é monotona.
- 10) lentigo maligno – melanoma in situ.
- 11) é pigmentada, mas a **proliferação das células é de células basaloideas pigmentadas espessando a epiderme, formando blocos acantóticos tendo em meio pseudocistos corneos**. Essa é a definição de **queratose seborreica**, aqui não temos pseudocistos corneos – mesmo assim é ceratose seborreica. E mesmo tendo pseudocisto corneo pode ser nevo. A definição de ceratose seborreica é a proliferação de células basaloideas. Pode ser reticulada, irritada, hipertrofica.

- ➔ **Nevo azul maligno** = geralmente está relacionado ao nevo azul celular que tem uma grande quantidade de células. Há alguns critérios histológicos para levar em conta na hora de propor o dx. É um nevo azul que em determinada área

desenvolveu uma proliferação maior – podemos ver polimorfismo das células, mitoses importantes, células bizarras, com pigmentação bem atípica, grosseira. Em geral o nevo azul maligno ocorre em um nevo azul celular. Essa capacidade proliferativa (mitose) aparece na profundidade – melanoma.

- ➔ Células espinhosas – citoplasma mais amplo e roseo.
- ➔ Célula basaloide – se assemelha a da camada basal, é célula pequena, relação núcleo-citoplasma é menor. O CBC se origina da camada basal. E provavelmente forma um complexo mais abaixo, não compromete a espessura da epiderme. Pq o carcinoma in situ é formado por células espinhosas e nunca por basais. O CBC superficial tem a epiderme toda e a formação do baso conectado à epiderme. Mas a epiderme não tem a estrutura dela (camada espinhosa, granulosa, córnea), a não ser que ulcerou.
- ➔ Poroma tbm é uma neoplasia basaloide e epidérmica.
- ➔ O dx diferencial mais importante entre QS clonal é poroma. Preciso mostrar uma diferenciação poroide sudorípara. Pq histologicamente é bem parecida. O CBC preserva a epiderme e surge uma camada de células basais, nunca tomaria conta da epiderme.

B