

**HISTOPATOLOGIA MICHALANY****→ QUERATOSE SEBORREICA**

- Não é correto falar ceratose. Cera é a produção das glândulas sebáceas. A queratose seborreica é por queratina, então devemos chamar de queratose.
- O critério primordial são as **celulas basaloides** que são queratinócitos modificados. Vemos núcleos redondos, um pouco mais corados e pouquíssimo citoplasma. De longe vemos apenas núcleo. Nem sempre encontramos pseudocistos corneos e papilomatose.
- Há queratose tipo hiperqueratótica, bem espessa. A queratina da queratose seborreica tem um padrão laminar, lâminas paralelas, não faz padrão reticular (de redes), pode ter pseudocisto corneo, vai depender do corte.
- **Pseudocisto corneo** – invaginação da epiderme que pelo corte pegamos o momento que ela está fora da conexão. É um túnel corneo e pela proliferação da lesão ele vai entrando e fazendo tortuosidade. Ele parece um cisto. É a 2ª principal coisa encontrada na QS.
- **Hiperqueratose** – laminar. Pode não ter papilomatose. Cresce em direção à derme e não para fora. É muito confundido com lesões melanocíticas. A lesão pode ser plana ou levemente elevada, pode ser muito pigmentada com aspecto feio. A tipo acantótico tem muitos pseudocistos corneos.
- A presença de pigmento distribuída de forma irregular é variável, não sendo obrigatória.
- Vemos invaginações do epitélio que vão crescendo e aberturas foliculares, pode ter infiltrado inflamatório, quanto mais pigmento, mais derrame pigmentar na derme.
- **Tipo adenoide** - Lembra uma glândula, esboça um aspecto glandular, esses cordões são menores e às vezes vemos apenas 2 camadas de células que vão se anastomosando e formando estruturas glanduliformes que na verdade não são, dentro dos buracos temos derme papilar, vasos. Vai ter pseudocistos corneos, pode ser plano, parecido com acantótico, mas pode ter papilomatose. Sempre com células basaloides.
- **Tipo clonal** – há bolas de células entremeadas por traves. Há um agrupamento de clones e células escamosas do lado. Células basaloides são células com pouco citoplasma. Comuns nas pernas de pessoas de mais idade, escoriam, traumatizam e frequentemente há paraqueratose. Por si só, a queratose seborreica não produz paraqueratose, a não ser que tenha um fenômeno secundário como escoriação e no tipo clonal isso é comum. Outra coisa que não vemos muito na QS é hipergranulose, mas no tipo clonal pode ter epitélio com células escamosas e células basaloides.
- **Tipo polipoide** – dermatose papulosa nigra são queratoses seborreicas polipoides. Tem um eixo fibrovascular com componente fibroso e vaso que alimenta a lesão e a parte epitelial. Pode aparecer de qualquer forma, sem padrão. Polipoide é quando tem estrutura polipoide. Pode ser uma lesão **pediculada** com um pedículo ou pode ser **sessil**, mas ambas terão um eixo fibrovascular que nutre a lesão. O termo sessil é só usado para polipo e não para papula. Também temos nessa lesão um eixo fibrovascular que acompanha a lesão e nutre o polipo. Pode ou não ter pseudocistos corneos. E da mesma forma célula basalóide.

- **Nevo epidermico verrucoso** pode parecer muito com uma queratose seborreica. Tem crescimento epidermico que pode ser para dentro ou para fora. A camada cornea é predominantemente reticular. Hiperqueratose muito discreta e tem um padrão reticular de camada cornea normal e não laminar como na queratose seborreica e as células não são basaloídes. Do ponto de vista arquitetural de longe parece, mas há essas diferenças, temos que saber a idade. Paciente com 17 anos raramente vai ter QS. Há queratinócitos normais e não células basaloídes. As células basaloídes têm pouco citoplasma, como as células da camada basal.
- **ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS**
- Neoplasia – espessamento epidermico às custas de proliferação de queratinócitos com características de células claras. Vemos bem o limite entre a lesão e o epitélio normal. Temos uma proliferação de queratinócitos com células bem claras formando agrupamentos com transição bem nítida. É clinicamente uma papula ou nódulo eritematoso, com um pouco de descamação pq há paraqueratose, crosta e tem crescimento regular da epiderme.
- **Vemos células claras com limite preciso e há presença de neutrófilos no meio das células.**
- Há edema intracelular e por isso fica mais clara, tem glicogênio no interior, por isso é PAS positiva. E há presença de neutrófilos.
- Sempre que há acúmulo de glicogênio usamos PAS para confirmar.
- **ACANTOMA DE GRANDES CÉLULAS**
- Variante de queratose seborreica com proliferação de queratinócitos com núcleo muito maior do que o queratinócito normal. Há transição bem clara da lesão para o epitélio normal. Esses núcleos não são atípicos. Tem presença de nucleolo evidente (não significa atipia ou malignidade, mas sim atividade nuclear). Há núcleo muito maior do que o normal, mas são típicas.
- Entra no grupo das lesões queratóticas, há queratose e papilomatose variável, podemos ter epiderme atrofica com proliferação dessas células. Há papilomatose, hiperqueratose, com ou sem pigmento (varia clinicamente).
- Células com núcleos grandes mas não típicos. A primeira coisa que vem na cabeça é queratose actínica. Mas comparando podemos ver a transição nítida da lesão para o epitélio.
- **CARCINOMA BASOCELULAR**
- Origina-se das células da camada basal do folículo piloso. Tem gente que acha que é da camada basal, mas não ocorre em mucosa, palmas e plantas, então é sinal que vem do folículo. A característica histológica – as células são basaloídes (citoplasma escasso).
  - **NODULAR OU SÓLIDO**
- Mais comum – bloco de células na epiderme e na derme. É uma lesão que se origina na epiderme ou folículo, invade a derme com essas células basaloídes que têm atipia e polimorfismo nuclear, hipercromasia, figuras de mitose, células necróticas. Serve para diferenciar do tricopitelioma. Mas não é agressivo, tem um comportamento bom. Tem periferia em paliçada que faz a

diferença para o diagnóstico. Há presença da fenda do nódulo tumoral para o estroma. Essas células são neoplasias e não têm adesão com o tecido conjuntivo adjacente (fibrilas de ancoragem), então esses nódulos quando passam pelo processamento histológico eles retraem e desse aspecto de fenda. Há destacamento da neoplasia para o tecido conjuntivo adjacente. Muitas vezes o bloco tumoral se solta e faz uma fenda bem grande – tricoepitelioma não tem fenda.

→ O CBC pigmentado não é subtipo histológico, pq pode ocorrer em todos, é só uma característica.

○ **ADENOIDE**

→ Faz cordões delgados e com cavidades imitando glândulas, é um CBC sólido nodular mas com características de formar glândulas, o estroma do CBC é produtor de mucina e no adenoide essa mucina pode preencher esses espaços com substância amorfa. A mucina aparece como material basofílico, roxo.

→ CBC sólido com áreas acastanhadas – predominantemente perlacea não posso chamar de CBC pigmentado, então chamo de CBC com componente pigmentado.

○ **SUPERFICIAL**

→ Placa esbranquiçada ou eritemato-descamativa e blocos tumorais não invadem a derme, ficam na epiderme e tendem a espalhar mais. A margem de ressecção tem que ser maior nas laterais quando é CBC superficial. A fenda é bem evidente com retração. Pode ser pigmentado ou não.

→ Quando é feita curetagem não conseguimos dizer qual o tipo. Mas pelo menos da pra saber que é CBC.

→ No CBC tbm ocorre necrose de células únicas, mas menos do que no nodular. Ocorre mais nos nódulos maiores. Quando o tumor cresce muito temos necrose simples e necrose central. É uma regra para neoplasias malignas em geral. Carcinoma de ovário, melanoma tem áreas de necrose, neoplasias malignas quando crescem muito necrosam na porção central pq não deu tempo de formar a vascularização.

→ O estroma é um pouco diferente do tricoepitelioma, é mais frouxo.

→ Colágeno mais roseo e mais claro – onde é mais claro é tecido fibroso frouxo. A presença de vasos é comum a todos.

○ **INFILTRATIVO**

→ Blocos tumorais, a lesão infiltra, dissocia colágeno e há áreas com material arroxeado, com substância amorfa – mucina (todos os CBC produzem). Não há paliçada evidente pq é lesão que infiltra – diagnóstico difícil. Não é tão rara, mas é difícil.

○ **ESCLERODERMIFORME**

→ Estroma mais espesso. A diferença pro infiltrativo é o estroma que aqui é mais espesso. Tbm são blocos e cordões ou espiculados, não são arredondados e a paliçada tbm é pouco evidente e estroma exuberante e espesso, denso. O colágeno fica parecido com esclerodermia e quelóide, colágeno denso, hialino, roseo.

○ **MICRONODULAR**

→ Nódulos em geral menores, e há pouco estroma, é bem agressivo, cresce infiltrativo, agressivo, clinicamente não vemos bem a delimitação. Muitas

vezes temos que ressecar várias vezes. Há blocos tumorais invadindo nervos. Com isso temos complicações, recidivas.

- **FIBROEPITELIOMA DE PINKUS**

- Faz cordões delgados e estroma bem exuberante. Mais de 50% da lesão é estroma em comparação com a parte epitelial. Não é tao denso, é variavel, paliçada bem evidente. Tem atipia, é considerada variante de baso. Tem fenda, tem paliçada. A diferença é que no menor aumento há cordoes bem delgados. O diagnostico é feito no menor aumento. Estroma bem exuberante, tem que ter vaso.

- **QUERATOSE ACTINICA**

- Proliferação de queratinocitos com atipia, são pré malignas. Do ponto de vista didatico tem criterios.
  - Atipia celular de queratinocitos ou atipia nuclear (por definição quer não acomete toda espessura do epitelio, acomete no máximo 2/3 do epitelio senao seria CBC). Há desaranjo celular – não diferenciamos celulas da granulosa, espinhosa e basal, ficam misturadas.
  - Paraqueratose
  - Na derme tem que ter elastose solar (exclusivamente por fotoexposição)
  - Infiltrado inflamatorio na derme (discreto, moderado ou denso)
- A QA bownoide a atipia pega todo o epitelio, a camada granulosa não esta presente e no Bowen esta. Se tem muito infiltrado e muita elastose e clinicamente há QA, colocamos dx de QA bowenoide.
- Epiderme espessa, em alguns trechos vemos ausencia de granulosa e paraqueratose bem espessa que muitas vezes forma o corno cutaneo. O corno cutaneo é queratina substituida por paraqueratose.
- Ela não pega a parte do epitelio do folículo, a queratina em cima do folículo é sempre ortoqueratotica, isso tbm ajuda para diferenciar de doenca de Bowen. Olhamos a camada corna e vemos rosa e roxo alternadamente. Rosa onde não tem nucleo – ortoqueratose.
- Queratinocitos com citoplasma um pouco mais palido do que o normal e temos paraqueratose com hipo ou agranulose. Atipia discreta com edema intercelular – espongiose, paraqueratose bem espessa. Ela vista em detalhe, tem atipia, nucleos maiores e mais corados. É uma paraqueratose atipica.
- Na poroqueratose temos lamela cornoide – e pode ter lamela cornoide na QA. **Lamela cornoide** – invaginação epidermica com celulas disqueratosicas, com citoplasma eosinofilico e nucleo irregular e bem corado - picnotico. E tem muita disqueratose.
- Tem infiltrado inflamatorio e elastose discretos.
  - **SUBTIPO HIPERTROFICO**
- Vemos uma lesão com espessamento considerável do epitelio e paraqueratose bem espessa e muitas vezes corno cutaneo (tem que ser pelo menos 1,5x de altura a largura da lesao). Tem atipia. Há perda da polaridade celular, queratinocitos desaranjados, na diferencia camada basal, suprabasal, espinhosa, etc. as celulas ficam de maneira desordenada. A lesao para na glandula sebacea, folículo piloso e vemos aspecto de rosa e roxo.

- **SUBTIPO ACANTOLITICO**

- A diferença é que tem acantolise predominantemente supra-basal mas pode ter em todo epitélio. Há perda da polaridade celular e perda da coesão celular – células acantolíticas.
  -
- Atipia de queratinócitos, desarranjo, perda da polaridade, redução da granulosa e paraqueratose. Na derme sempre elastose e infiltrado linfocitário, linfomononuclear de padrão crônico, podendo até ter plasmócitos.
- É comum célula disqueratótica, atípica. Queratiniza antes do tempo e faz esse aspecto.
  - **PIGMENTADA**
- Podendo estar relacionada com melanose solar. Agranulose, paraqueratose espessa, atipia celular, célula disqueratótica e presença de pigmento em quantidades variáveis.

### → **CARCINOMA ESPINOCELULAR OU EPIDERMÓIDE**

- Maligno, infiltrativo. Graduado em bem diferenciado, moderadamente e pouco diferenciado de acordo com o tanto que parece a célula escamosa.
- Quanto mais perla córnea, mais diferenciado é e quanto menos, mais indiferenciado.
- Lesão de células da camada espinhosa, de queratinócitos atípicos e que invade a derme. O padrão histológico é variadíssimo.
- Temos células escamosas bem definidas, apesar de ter atipia, vemos células disqueratóticas e perlas corneas. Quanto mais células disqueratóticas mais diferenciado ele é. Perla córnea e células disqueratóticas.
- Nódulos grandes e irregulares invadindo a derme. É pouco diferenciada e no conjunto vemos que é espinocelular, nasce no epitélio, invade.

### → **DOENÇA DE BOWEN**

- CEC in situ com aspecto histológico específico. Ele é colocado como psoriasiforme assim como o acantoma de células claras pq há espessamento da epiderme regular.
- Temos por definição atipia celular de toda espessura do epitélio. E muita célula disqueratótica. Bolinhas rosas separadas das outras.
- A camada granulosa muitas vezes é presente – não vista na QA. A camada córnea tem paraqueratose variável. Tem muita atipia, bem exuberante.
- Pode ter pigmento e será doença de Bowen pigmentada. Há espessamento regular, psoriasiforme da epiderme com muita atipia – núcleos diferentes de tamanho, cor, formato. E há células pigmentadas. O mais comum é não ter pigmento.
- Coloração de melanina – **Fontana Masson** – confirmando o pigmento.
- Padrão de queratinócitos, não tem células pagetóides. A atipia é bem exuberante, mas não tem padrão de disseminação pagetoide.

### → **DOENÇA DE PAGET**

- Sob o ducto e vai para a mama.
- São células anaplásicas, muito atípicas, com citoplasma volumoso, núcleo vesiculoso e formam agrupamentos ou dispostas isoladamente. Daí vem o

termo de disseminação pagetoide nos melanomas ou nevos atípicos – quando vemos melanocitos subindo.

- Células atípicas que formam agrupamentos no meio da epiderme e com a característica de disseminação pagetoide. É bem rara.
- Histologicamente não diferencia da extramamária.

#### → CONTINUAÇÃO MICHALLANY

#### → **QUERATOSE SEBORREICA**

- \* SINAL DE LESSER TRELAT - aparecimento súbito de múltiplas queratoses seborreicas, várias lesões ao mesmo tempo. geralmente acontece em pacientes idosos e o principal câncer associado é o adenocarcinoma de estômago. pode ter associação com acantose nigricante. é um sinal paraneoplásico. paciente muitas vezes não tinha QS ou tinha muito pouco.
- --> DISQUERATOMA VERRUCOSO
- \* Disqueratose folicular isolada. Nos aspectos histológicos tem relação genética com Doença de Darier.
- \* Na clínica pode ser papula ou nódulo solitário, tem uma rolha ceratósica central, é cor da pele a vermelho-acastanhado. Acomete face, couro cabeludo, pescoço e outros. Pode ocorrer na mucosa oral (palato duro) e tem crescimento muito lento.
- \* Há uma rolha central, pode ser papula ou nódulo e avermelhado ou cor da pele.
- \* Diagnóstico diferencial clínico com doença de Bowen, QA, CEC, QS e verruga viral. Bowen e QA os traumatizados, pq dificilmente terá um bowen ou QA com rolha central, então o aspecto é de lesão traumatizada.
- \* o tratamento é cirúrgico.
- \* AP: invaginação, lesão única - diferencial com Darier. No epitélio veremos uma disqueratose acantolítica - células disqueratósicas e acantolíticas, perdem as pontes celulares e aceleram a queratinização individual. No nível da lesão perdemos a queratinização normal da pele, há paraqueratose da camada córnea.
- \* vemos acantolise, clivagem da epiderme, predomínio supra-basal mas pode ter em toda espessura, paraqueratose espessa e células acantolíticas e disqueratósicas. nem todas acantolíticas são disqueratósicas. as células acantolíticas quando chegam na camada córnea formam os grãos. Que são células paraqueratósicas isoladas e dissociadas. é paraqueratose de processo acantolítico. as células perderam a adesão e subiram para a paraqueratose já dissociada - isso são os grãos.
- \* isso ocorre na doença de Darier e Grover - dermatose acantolítica disqueratósica. Aquí é lesão única.

**→ --> QUERATOSE FOLICULAR INVERTIDA**

- \* Chega a acometer pacientes de meia idade. a Queratose folicular acomete braços, glúteos, face, pernas. Aqui há controvérsia da origem da patologia - é variante da QS irritada? verruga viral? ou deriva do infundíbulo do folículo piloso?
- \* é controverso. Quadro clínico - papula branca ou rosa de consistência firme, assintomática, predomínio na face e pescoço - diferente da queratose folicular tradicional.
- \* Diferencial com QS, verruga viral, triquílemoma, CBC, CEC e outros tumores anexiais.
- \* AP: acomete folículo. alguns autores consideram como uma QS irritada sendo a mesma coisa. porque ela tem características histológicas semelhantes. Temos um folículo, invaginado, dilatado com queratina e há proliferação epitelial. as vezes são basalóides e há bolinhas chamando de redemoinho celular. são queratinócitos q fizeram uma voltinha. Isso vamos encontrar na QS ativada.
- \* algumas verrugas traumatizadas podem fazer esse redemoinho, por isso é dx diferencial.

**→ --> ACANTOMA DE CELULAS CLARAS**

- \* Incomum, acomete adultos, após 40 anos, sem predisposição em relação ao sexo. Acantoma de Degos ou de células claras.
- \* patogenia desconhecida. é uma hiperplasia reativa - padrão de doenças inflamatórias.
- \* QC - lesões típicas- nódulo ou pequena placa circunscrita, com crescimento lento, colarete descamativo periférico, cor rosea ao marrom - superfície úmida, com pontos vasculares avermelhados (semelhante a psoríase), pequena, solitária, raramente múltipla. acomete pernas principalmente. lesão vascular, friável, superfície úmida, não sangra - parece granuloma piogênico, não tem história de trauma. pode ser polipóide ou cístico e pode ocorrer sobre dermatose pré-existente - nevos epidérmicos, lesões traumáticas, picada de inseto. não é como granuloma piogênico que bateu e apareceu. aqui demora um pouco após o trauma para surgir.
- \* AP: tem neutrófilos no meio com células claras. tem acúmulo de glicogênio confirmado pelo PAS. espessamento da epiderme regular e transição nítida para o epitélio normal.

**→ --> HIPERPLASIA SEBACEA**

- \* ocorre principalmente em homens, papula amarelada. muito frequente, quando associada ao CBC forma o sebacioma que está na síndrome de Muir Torre. Nessa síndrome tem mais de 50 anos e histórico na família de câncer de colon.
- \* AP: lesão hiperplásica, não é neoplasia. mas temos as células cancerígenas (adenoma sebáceo, epitelioma sebáceo e carcinoma sebáceo). na hiperplasia temos glândulas sebáceas maduras que abrem na epiderme, não tem folículo

associado. há proliferação de glândulas sebáceas com núcleos dentados, formados por pequenos vacúolos. há células maduras e camada de células basaloideas na periferia, - há proliferação de glândulas normais.

#### → --> **GRANULOS DE FORDYCE**

- \* Glândulas sebáceas ectópicas - lábios, mucosa oral e genital em 70% da população geral. acomete ambos os sexos, assintomático. papulas ou manchas amareladas 1 a 2mm geralmente em lábio superior e mucosa bucal.
- \* tratamento desnecessário.
- \* AP: é uma glândula só. cada pontinho equivale a uma glândula conectada na epiderme sem folículo. normalmente a glândula conecta no folículo e não diretamente na epiderme. a glândula pode ter alguns lobúlos, mas é uma só e na hiperplasia sebácea temos várias glândulas.

#### → --> **ADENOMA SEBACEO TIPO BALZER**

- \* epitelioma adenóides cístico, doença de Brooke ou Tricoepitelioma múltiplo. é de herança dominante. o gene modificado 9p21. tumor derivado do germe pilar, início na puberdade, acomete face, couro cabeludo, pescoço e tronco superior. gradualmente aumenta de tamanho e número.
- \* papulas e nódulos cor da pele, levemente rosados, com telangiectasias na superfície e nunca ulcera.
- \* tricoepitelioma pode ser associado a 2 síndromes -
- o Síndrome de Brook-Spielgler = quando tem tricoepitelioma e cilindroma.
- o Síndrome de Rasmussen - quando tem tricoepitelioma e lesões de milium.
- \* diferencial com adenoma sebáceo de Pringle (nevo epidérmico, nevo verrucoso, não tem nada de adenoma), cilindroma, siringoma, CBC (histopatologicamente).
- \* tratamento dermoabrasão profunda, sangra, uso curativo. o principal é dermoabrasão, posso usar ECT quando poucas lesões e laser de CO<sub>2</sub>. Fenol pode ser usado.
- \* AP: a semelhança do adenoma sebáceo com CBC é pela presença de células basaloideas. é uma lesão de células sebáceas, lobúlos irregulares com população de células maduras ou intermediárias (transição entre basaloideas e maduras), temos mais células maduras do que basaloideas.
- \* adenoma sebáceo - mais células maduras do que basaloideas.
- \* epitelioma sebáceo - temos mais células basaloideas do que maduras. muito parecido com adenoma sebáceo. apesar de benigno é o menos diferenciado. mais roxo do que adenoma pq tem muito mais núcleo do que citoplasma.
- \* carcinoma sebáceo - tumor maligno, tem atipia, fácil de reconhecer.
- \* célula madura e intermediária.



**→ --> TRICOEPITELIOMA SOLITARIO**

- \* lesao isolada não hereditaria. nódulo firme único na face isolado. predomina na face e não tem colarete, é durinho. o outro aparece na perna, tem colarete descamativo e a superfície é mais umedecida.
- \* Dx diferencial com CBC, papula fibrosa do nariz.
- \* AP: parece histologicamente com CBC. Há conexão com epiderme se origina do folículo piloso, toda lesão que começa com trico tem natureza folicular. lesão que faz nódulos de queratina, cistos corneos. não tem conexão com superfície. Tem estroma bem exuberante, diferente do baso que tem estroma mais mixoide, mas frouxa. não tem atípicas. forma nódulos interconectados por cordões menores.

**→ --> TRICOEPITELIOMA DESMOPLASICO**

- \* grande esclerose do estroma, mais frequente em mulheres. tenho uma placa eritematosa, menor de 1cm de diametro, firme, endurecida cor da pele ou eritematosa. temos centro deprimido e borda anular elevada semelhante ao granuloma anular. podem aparecer cistos brancos e leitosos milia simile, cistos corneos superficiais (areas de queratina) - a dermatoscopia do tricoepitelioma vemos pseudocistos corneos e pseudoaberturafolicular. a telangiectasia esta na borda, mas não atravessam a lesão, pq no CBC quando não tñho centro da lesão atrofica elas cruzam a lesão como um todo. Na lesão maligna a telangiectasia cruza a lesão e na benigna não cruza.
- \* dx diferencial - tricoepitelioma comum solitario, CBC esclerodermiforme, outros tumores anexiais.
- \* AP: proliferação exuberante de colagênio espesso - isso é desmoplasia. Há outro tumor de folículo q tem a variante desmoplásica - triquilemoma. estroma muito espesso. há cistos com formação de granuloma de corpo estranho à queratina. há espículas dos nódulos.

**→ --> PILOMATRICOMA**

- \* Epitelioma calcificado de Malherb. tumor benigno da matriz do folículo pilo-sebáceo. pode ocorrer calcificação no interior. pode aparecer como nódulo endurecido, firme com telangiectasia, mas também podem infectar. pode ser encontrado como área eritematosa, não tão evidente, mas palpando vemos bem endurecido. pode ter ao redor área de eritema.
- \* geralmente inicia na infância. mais comum nas meninas, pode ter coloração escura, dx diferencial com CBC, cisto., tricoepitelioma. pode sair pelo.
- \* dx diferencial - cisto pilar, epitelial, calcificações cutâneas, dermatofibroma, granuloma anular subcutâneo.
- \* tratamento remoção cirúrgica.
- \* AP: lesão que esboça uma formação cística, área epitelial mais roxa e área rosea e amorfa que é parte necrótica. há células semelhantes da matriz folicular com queatinização e ghost células - células fantasmas. há necrose de coagulação do tecido e mantém a estrutura da célula. há células semelhantes a

queratinocitos, mas sem núcleos, mortos. no estroma há células gigantes multinucleadas. há célula gigante multinucleada com calcificação distrofica.

→ **--> TRICOFOLICULOMA**

- \* Ou tumor de Miescher. pouco frequente, originada no folículo piloso imaturo, principalmente em adultos. nódulos isolados, com poro central e tufo de pelo no meio. semelhante a lã, algodão. o pelo é branco e endurecido, mais grosso. pelos brancos e endurecidos.
- \* dx diferencial com nevo, CBC, outros tumores anxiais benignos.
- \* nevo intradérmico com pelo é mole e com cor, já no tricofolículo é um pelo duro, e branco albinho.
- \* AP: há um grande folículo piloso central do qual emanam folículos secundários bem desenvolvidos, apresentando pelos finos. uma invaginação profunda cheia de brotamentos distribuídas de maneira radiada que desabocam na mesma luz. são células aparentemente normais.

→ **--> TRIQUILEMOMA**

- \* tumor originário das células da bainha externa da raiz do folículo piloso. é autossômica dominante, pode ser esporádica e o principal é saber que faz parte da Síndrome de Cowden.
- \* lesão única ou múltipla, pápulas ou nódulos geralmente cor da pele, raramente hiperpigmentados, superfície hiperqueratósica ou verrucosa, preferencialmente na porção central da face, mas tb no pescoço cavidade oral e genital.
- \* Síndrome de Cowden - triquilemomas, pólipos gástricos, carcinomas viscerais. ca de mama bilateralmente. sd dos hamartomas múltiplos.
- \* tratamento - exérese
- \* AP: triquilex dominowden. forma nódulo na epiderme, periferia em paliçada muito evidente células com citoplasma claro e há membrana basal evidente, eosinofílica. diferencial clínico é verruga. histologicamente a verruga pode fazer isso, mas apesar de ser muito parecido, consideramos um tumor folicular.

Continuação Michalany

→ **INFUNDIBULOMA**

- Vários tumores do infundíbulo folicular, formando uma lesão em placa. Tumor originário do infundíbulo folicular ou istmo. Pode ser único ou múltiplo.
- Quadro clínico – maculas, pápulas ou placas, cor da pele ou hipopigmentadas, levemente atroficas, raramente múltiplas, podem fazer parte da sd de Cowden.
- Dx diferencial geral – outros tumores.
- Tratamento não é necessário mais é cirúrgico ou laser.

- AP: na tem característica arquitetural definida, são proliferações do epitélio do folículo e células um pouco mais claras. Não são células claras propriamente ditas. Tem um acúmulo maior de glicogênio comparando com as células escamosas normais. Temos limite nítido do tumor para o epitélio normal. É bom fazer PAS para ver se tem acúmulo de glicogênio. Tem formação de cavidades córneas pq é lesão folicular. É uma lesão sempre conectada na superfície e nunca invade muito a derme.
- Tem cordões, parte rósea é o acúmulo de glicogênio marcado pelo PAS.

### → **TRICOADENOMA**

- Origem no folículo piloso, nódulo ou placa cor da pele ou acinzentado, face e tronco de adultos.
- AP: lowpower – dx no menor aumento, vemos vários nódulos de tamanhos variados todos com queratinização central. São vários cistos córneos com epitélio ora mais atrofico e ora mais espessado. As células epiteliais são escamosas normais. São cistos córneos e não pseudocistos. Não tem conexão com a epiderme, são nódulos que crescem e queratinizam dentro da epiderme.

### → **TUMOR PILAR PROLIFERANTE**

- Raro mas pode malignizar e quando maligniza é agressivo e pode dar metástase, predomínio em mulher idosa.
- Nódulo isolado de crescimento lento, lesões grandes 25cm, geralmente no couro cabeludo e raramente múltiplo.
- Dx diferencial com CEC principalmente pela idade.
- Tratamento retirada.
- AP: é um cisto triquilemal com epitélio todo proliferado, lesão toda irregular, epitélio todo proliferado formando invaginações e evaginações, lesão arquiteturalmente feia, mas é benigna. Queratinização do tipo triquilemal. Queratinização abrupta sem passar pela camada granulosa. Queratinização abrupta.

### → **SIRINGOMA**

- Tumor da porção intraepidermida do ducto sudoríparo ecrino. A forma localizada é a mais comum. A forma disseminada é rara, de caráter familiar, mais comum em mulheres e surge na puberdade.
- Clínica – papula firme achatada, normocromica ou amarelada, predominando em pálpebra inferior e região periorbitaria, pode surgir na axila, umbigo, região infrapúbica, vulva, mãos, couro cabeludo e apresenta área de alopecia no local.
- **Siringoma eruptivo – pode ser chamado de hidradenoma de Darier e Jaquet.** papulas principalmente no colo de mulher, pescoço, face, acomete 1ª década de vida, mulheres um pouco mais jovens, lesões em grande número,

surtos sucessivos, pescoço anterior peito e abdômen, pode se manter estável ou desaparecer, pálpebra pode ou não estar envolvida.

- Dx diferencial com xantelasma, milia, verruga plana, sarcoidose papulosa, mastocitose, sífilis secundária.
- Tratamento – tenho que enfiar na papula e fazer movimentos giratórios para pegar desde a base, ou excisão delicada com tesoura oftalmológica e com cicatrização por 2ª intenção, ela prefere com ECT.
- AP: lesão de glândula sudorípara – a variante eruptiva é chamada de hidradenoma. É uma proliferação de glândulas com solução líquida – ocorre isso nas neoplasias sudoríparas. Lesão que pega derme reticular superficial e as vezes média – são cordões em raquete ou girino, cabecinha, cauda, com formações ductais, células com citoplasma claro (células de glândula ecrina) e formam áreas císticas bem pequenas, dilatações com secreção e que podem ser ligeiramente dilatadas e o estroma é bem exuberante. O colágeno ao redor da lesão é bem espesso. Célula com citoplasma mais claro, e ductos em girino ou raquete. Esses ductos podem sofrer metaplasia escamosa e ter queratinização.

#### → **HIDROCISTOMA ECRINO**

- Dilatação cística dos ductos ecrinos por retenção da própria secreção – aumentam de tamanho e número quando em temperatura alta e diminui no inverno, geralmente única, adultos homens. Cistos pequenos de consistência firme, translúcido ou amarelado ou azulado ao redor dos olhos.
- O tratamento é com exérese. Podemos furar, escorrer o líquido, cauteriza a base para não recidivar, mas há a opção da cirurgia. O laser não é muito utilizado.
- AP: lesão cística que varia de tamanho e é irregular. Quanto maior mais irregular e as menores são mais certinhas. O epitélio é simples, 2 camadas de células com citoplasma eosinofílico e núcleo redondinho e normal. A diferença é na parte da camada interna, existe hidrocistoma apocrino que são com células apocrinas que tem a secreção por decapitação. Pelo acúmulo de secreção pode ficar todo atrofico. Epitélio não queratinizado de 2 camadas de células simples com citoplasma eosinofílico.

#### → **POROMA**

- Grupo de neoplasias epiteliais benignas oriundas das porções ductais terminais, podem ter origem tanto ecrina quanto apocrina.
- Classificados de acordo com a localização em relação a epiderme:
  - **Hidroacantoma simples** – predomínio em mulher, placa hiperqueratótica única geralmente nas extremidades.
  - **Poroma ecrino** – adulto com mais de 40 anos, tumor sésil, ligeiramente pedunculado, doloroso ou pruriginoso, cor da pele, eritematoso ou pigmentado, na região **palmoplantar** – raramente tronco, cabeça e pescoço. Superfície lisa ou lobulada, presente em áreas de pressão. É

uma placa e muitas vezes lembra um calo. O calo é uniforme com o tecido, aqui há uma margem circundando o poroma.

- **Tumor ductal dérmico** – papula ou placa única, cor da pele ou hiperpigmentada, cabeça e pescoço.
- Começa na infância – pilomatrixoma ou Malherb. Na perna acantoma de células claras. Na palma da Mão poroma ecrino.
- Dx diferencial – granuloma piogenico, melanoma amelanotico, dermatofibroma, CBC, CEC, angiomas e verrugas.
- AP: hidroacantoma simplex – exclusivamente epidérmica. Todas as neoplasias do poroma são células basaloides. Geralmente é de natureza ecrina. Confunde com queratose seborreica pelo patologista. Há transição nítida com a lesão e há células basaloides. Vemos ductos das glândulas. Isso vai diferenciar de queratose seborreica. Há transição nítida para o epitélio normal. Pode fazer até dilatações císticas com acúmulo de secreção.
- Poroma – acomete epiderme e derme. Do ponto de vista citológico é igual.
- Tumor ductal dérmico – é dérmico e não tem conexão com a superfície. As cavidades não são queratina. É um líquido, são estruturas ductais e algumas com dilatações císticas. Não tem paliçada, estroma.

#### → **ESPIRADENOMA ECRINO**

- Faz parte da síndrome de Brooke-Spiegler. Junto com cilindroma e tricoepitelioma. Constitui essa síndrome. Lembrar de Spiegler – espiradenoma.
- Neoplasia benigna anexial pouco diferenciada, sempre foi considerado como derivada do aparelho ecrino. Hoje admite-se origem **apocrina** devido ao padrão de secreção por decapitação.
- Clínica – nódulo intradérmico isolado, às vezes múltiplo, 0,3 a 5cm, crescimento lento, doloroso espontaneamente ou a palpação, recoberto por pele normal ou eritematosa, mais frequente cabeça e tronco, adulto de meia idade.
- Dx diferencial outros lesões nodulares intradérmicas dolorosas.
- Tumores dolorosos – ENGLAND
- Espiradenoma, neurilemoma (scwhanoma), glomico, leiomioma, angioliopoma, neuroma, dermatofibroma.
- AP: grandes nódulos únicos ou múltiplos, Máximo 4, são grandes, e são bem delimitados. Profundos, derme profunda e às vezes até subcutâneo. Lesão nodular grande e bem delimitada. Áreas mais róseas, bolinhas róseas. Dentro desses nódulos temos 2 tipos de células – mais claras, róseas e com núcleo maior e normocromático, ainda vemos nucléolo e às vezes formam ductos e no meio delas há células epiteliais modificadas que lembram linfócitos. No maior aumento já fazemos dx. O dx diferencial AP é com cilindroma.

#### QUESTOES

- 1) Bowen - Há presença de granulosa, na QA não tem granulosa. Atipia de queratinócitos, há pontes intercelulares. Isso faz diferencial com doença de Paget

- (atipia maior, células isoladas). Há paraqueratose (Bowen tem e QA tbm). No Bowen a granulosa é presente.
- 2) Cilindroma – são nódulos que amoldam entre si parecendo quebra cabeça e não são tão grandes quanto espiradenoma.
  - 3) Pilomatrixoma = células fantasmas. Vemos limite das células, necrose do tipo isquêmica de coagulação e áreas de calcificação e parte epitelial da lesão que nem sempre aparece.
  - 4) Espiradenoma – bem delimitado, 2 nodulos profundos. Ductos presentes, células um pouco mais claras e células menores que parecem linfócitos – são células epiteliais.
  - 5) Epitelioma sebáceo ou sebacioma - Lesão conectada a epiderme, invade a derme bem profunda, tem áreas claras e partes mais escuras. Essas áreas mais escuras são células basaloides. Tem tbm umas células maiores, vacuolizadas. Lesão sebácea. Tem predomínio de células basaloides. Se tiver mais células maduras é adenoma. Há tbm células intermediarias.
  - 6) Tumor de colisão = Há uma parte com células basaloides e uma parte com células escamosas. Há fenda entre as células basaloides – e tbm há uma parte espinocelular = bem demarcada, identificada.
  - 7) Queratose actínica = há proliferação epidérmica, não invade, não tem granulosa, há transição nítida, células mais pálidas porque são alteradas, atípicas. Há paraqueratose atípica com núcleos bem grandes e há atipia celular evidente, locais com 4 nucleos, e locais sem núcleos = isso é desaranjo e perda da polaridade. Elastose solar exuberante e infiltrado inflamatório. Na parte do acrosiringio e acrotriquio não tem lesão. A camada córnea em cima esta preservada.
  - 8) CBC esclerodermiforme - Há atipia celular, não tem paliçada periférica, há colágeno que parece de queleide. Tricoepitelioma desmoplásico tem queratinização. Aqui é lesão irregular, desordenada.
  - 9) Bowen – há proliferação epidérmica regular psoriasiforme, com atipia celular.
  - 10) Queratose actínica hipertrófica – corno cutâneo, comparando com o epitélio ao lado é bem espessa. As células são um pouco mais pálidas com ausência de granulosa, paraqueratose espessa, atipia celular, perda da polaridade.
  - 11) Queratose actínica acantolítica - Disceratose e acantólise, com atipia celular, infiltrado discreto, elastose solar, paraqueratose bem espessa e irregular.
  - 12) 23% QA. 16% CEC e 60% QS ou verruga viral – isso é a porcentagem na base do corno cutâneo.
  - 13) CBC micronodular – não tem estroma, as células vão invadindo, vemos paliçada, não causa reação do tecido adjacente. É uma lesão que tem que ter muita atenção com a margem cirúrgica.
  - 14) CBC - Há fenda, células basaloides, periferia em paliçada. Pensamos em CBC ai vamos procurar a fenda. Pode fazer paraqueratose, crosta em cima sem epitélio viável.
  - 15) Poroma ecrino - Há ductos de glândulas, células basaloides com pouco citoplasma. Ducto que pega epiderme e derme. Se fosse apenas na epiderme – hidroacantoma simplex. Se fosse só na derme seria tumor ductal dérmico.
  - 16) CBC – invade, há células basaloides, há fenda, há atipia celular.