

LESOES MELANOCITICAS BENIGNAS

- ⊗ **NEVUS = toda lesão que é mancha**, nem sempre é lesão melanocítica.
- ⊗ Nevus vem do latim e significa mancha no singular, plural é nevi.
- ⊗ Termos indevidos – nevu, nevo nevocelular, nevo celular, nevo molusco (não devem ser usados histologicamente).
- ⊗ Podem ser:
 - Epidérmico
 - Melanocítico
 - Angiomatoso (sanguíneos ou linfáticos)
 - Tecido conjuntivo (Fibroso ou Adiposo)
- ⊗ Classificação:
- ⊗ **Hiperfunção de melanocitos** – produtora de pigmento
- ⊗ **Hiperplasia ou neoplasia**
- ⊗ **Hiperfunção** – aumento de melanina com numero de melanocitos normais.
 - **Precoces** – Efelide, mancha café com leite, melanose de Becker
 - **Tardias** – melanose ou lentigo solar, macula melanotica (labial ou genital)
- ⊗ **Hiperplasias ou neoplasias**
 - Epidérmica – lentigo simples ou nevo juncional lentiginoso
 - Mista – nevo composto , nevo composto lentiginoso
 - Dérmica – nevo intradérmico, nevo azul, melanocitoses

⊗ EFÉLIDE

- ⊗ Melanocitos – emitem dendritos que pigmentam os queratinocitos ao redor deles. Tem citoplasma claro. E os queratinocitos são os pigmentados. A pigmentação pega a camada basal e dependendo outras camadas. Pode ter pigmento na espinhosa e na córnea, dependendo da pigmentação. Citoplasma claro.
- ⊗ **1 melanocito para cada 3 ou 4 queratinocitos.**

⊗ MANCHA CAFÉ AU LAIT

- ⊗ Não é biopsiada. Nos livros não mostram. Há aumento da pigmentação melânica.
- ⊗ Há aumento da pigmentação.

⊗ MELANOSE DE BECKER

- ⊗ Há hiperplasia da epiderme, com cristas alongadas regulares e há aumento da pigmentação.
- ⊗ Aumenta a pilificação, na lesão há vários folículos pilosos e feixes de músculo pilo erector. O pigmento não fica tão evidente, vemos melanocitos em numero habitual e coloração de Masson Fontana marca pigmento na camada basal e nas mais superficiais, mas predomina na camada basal.

⊗ LENTIGO OU MELANOSE SOLAR

- ☉ Mancha em área fotoexposta em pessoas de idade. Aumento da pigmentação sem aumento de melanocito. As cristas ficam bem adelgadas e as vezes com base alargada – em pino de boliche e com bastante pigmento nos queratinocitos. São lesões sempre em área fotoexpostas.
- ☉ Há elastose solar com degeneração basofílica do colágeno.
- ☉ Há bastante pigmento e sempre pele fotoenvelhecida. Associada a queratoses actínicas, liquenoides – por fotoexposição.
- ☉ Há aumento de pigmento sem aumento de melanocitos e as células são típicas, se tiver atipia vamos pensar em QA pigmentada. Não há atipia!

☉ MACULA MELANOTICA LABIAL

- ☉ Lesão de mucosa. Temos que diagnosticar a mucosa – epitélio malpighiano não queratinizado e sem anexos cutâneos – sem pelos ou glândulas. Podemos achar eventualmente uma glândula salivar. Pode ter uma paraqueratose delgada que acompanha as maculas melanóticas.
- ☉ Não tem anexo – dica que se trata de mucosa. Pigmentação aumentada sempre irregular. Acompanha um derrame pigmentar – melanofagos. Eles se distribuem principalmente ao redor dos vasos.
- ☉ Não há proliferação de melanocitos. Não se sabe se é reacional, por um processo inflamatório prévio.

LESOES COM PROLIFERAÇÃO MELANOCITICA

- ☉ Aumento da pigmentação e dos melanocitos. O aumento de melanocitos pode ser lentiginoso – dispersos lado a lado, em toda a camada basal. Muitas vezes no lentigo maligno temos proliferação lentiginosa de melanocitos malignos que se proliferam tanto que pode ter descolamento dermoepidérmico e pode ter artefato mimetizando lesão bolhosa. O que da adesão da epiderme na derme são os queratinocitos da MB e a MB. Se tem mtos melanocitos ali, pode descolar.
- ☉ Nevos nevos compostos e nevos compostos lentiginosos (junto da lesão há acompanhado a proliferação lentiginosa de melanocitos). Tbm temos nevos juncionais e nevos juncionais lentiginosos.

☉ LENTIGO SIMPLES

- ☉ Nevo melanocítico lentiginoso – não forma ninhos, há proliferação lentiginosa de melanocitos e há alongamento das cristas interpapilares. Esse prolongamento é sempre regular. Há muitos pigmentos. Pode confundir clinicamente com nevo displásico e melanoma.
- ☉ Há colágeno espesso, fibroplasia do tipo concêntrica. É uma característica.
- ☉ Melanocitos são sempre TÍPICOS.
- ☉ Pigmentação na basal e alta tbm, podendo chegar na camada córnea. Há prolongamento regular das cristas. Melanocitos lado a lado, há aumento de melanocitos.
- ☉ Se tiver muito pigmento uma hora vai ter derrame.

☉ NEVO JUNCIONAL LENTIGINOSO

- ☉ Esta apenas na junção dermo epidérmica, ninhos sempre na região da camada basal. Se tiver ninhos no meio da camada espinhosa é preocupante – isso diferencia de melanoma. Há proliferação lentiginosa de melanocitos.
- ☉ Pode ser ninho de melanocitos ou células nevas (melanocito já evoluído – ele quer se diferenciar em célula nervosa).
- ☉ Podemos ter agrupamento de melanocitos e não ninhos, já formando um agrupamento arredondado. Ninho formado por melanocitos ou células nevas e proliferação lentiginosa.

☉ NEVO JUNCIONAL

- ☉ Sem componente lentiginoso. Há apenas ninhos, não há melanocitos lado a lado.
- ☉ Lentiginoso é sempre melanocitos lado a lado. Há aumento discreto de melanocitos não lentiginoso.
- ☉ Essas lesões podem ter espessamento da epiderme. Melanocito não vemos citoplasma direito e a célula nevica tem núcleo mais arredondada e já vemos citoplasma. Núcleo do melanocito é achatado, se ele arredondou é pq virou célula nevica.
- ☉ Ninhos sempre na região baixa, porção mais basal da epiderme.

☉ NEVO COMPOSTO

- ☉ Há componente juncional e dérmico. Ele pode ser composto (ninhos na epiderme e derme). Nevo composto lentiginoso – com ninhos na epiderme e derme e proliferação lentiginosa na derme.

*****Melanocito vem da mesma origem embrionária das células nervosas – crista neural. Então ele quer ser um nervo e vai se diferenciar na direção de um nervo. Células nevas tipo A – núcleo arredondado e citoplasma evidente. Desse tipo vai querer evoluir para célula nervosa (sempre fusiforme e núcleo arredondado). Células nevas tipo B – núcleos menores e mais corados, aspecto linfocitário – muito comum nos nevos congênitos. Células nevas tipo C – bem fusiformes e parece muito neurofibroma. Células que formam nervo. Essa é a tendência do melanocito típico – maturação dos melanocitos – isso é visto apenas em lesões benignas. Melanoma não tem isso. As células ficam com citoplasma bem róseo, fusiforme. E tendem a envolver os anexos cutâneos. As vezes formam esboço do corpúsculo de Meissner (tato) – presentes nas mãos. Neuronevo – só tem células nevas do tipo C e parece muito com neurofibroma.

☉ NEVO INTRADERMICO

- ☉ Mais comum. Pode ter um tipo ou os 3 tipos de células, depende do tempo de evolução. As mais antigas tem as células nevas do tipo C. a maturação ocorre de cima para baixo – A em cima e B e C mais em baixo. O pigmento predomina na porção superficial da lesão, mais em baixo tem menos pigmento. As células vão se maturando, e vai diminuindo a quantidade de pigmento de cima para baixo.
- ☉ Na base da lesão há tendência a formar feixes e fascículos imitando estruturas nervosas. Não há ninhos na epiderme e nem proliferação lentiginosa.

NEVO RECIDIVADO

- Na histologia há lesão cicatricial tipo fibrose, há proliferação de fibroblastos e fibras colágenas com disposição paralela à epiderme. Tipo de fibrose vista nas lesões cicatriciais (esse paralelismo em relação a epiderme). Há proliferação de vasos que acompanha essa proliferação fibroblástica que as vezes vão estar dispostos verticalmente. O problema é na epiderme, pq tem os melanocitos atípicos. É chamado de pseudomelanoma. Pode ter melanocitos lentiginosos, a pigmentação aumenta muito em relação a epiderme do lado. A área da pigmentação na área de fibrose é bem maior do que no nevo original – clinicamente assusta.
- Há proliferação bem evidente de melanocitos e até melanocitos atípicos.
- Nesse tipo de nevo podemos ver melanocitos mais altos – não chamamos de disseminação pagetoide pq é uma lesão reativa da pele, cicatricial. Mas há uns melanocitos um pouco mais altos. Há fibrose e retificação da epiderme. Outra característica observada na cicatriz. Olhando só os melanocitos, parece melanoma.
- Essas células são atípicas mas não anaplásicas – atipia leve a moderada. Temos que reconhecer a área de fibrose.

NEVO DE MEYERSON

- Não tem tipo histológico definido, pode ser qualquer nevo, geralmente tem componente juncional ou composto. Há uma dermatite espongiótica associada. Há nevo com ninhos dérmicos e infiltrado inflamatório e área de espongiose formando uma vesícula. Há dermatite espongiótica associada. Clinicamente é lesão eritematosa. Há espongiose com exocitose de linfócitos e formação de vesículas. Pode ter componente lentiginoso.
- Há componente epidérmico e intradérmico – juncional.

NEVO HALO

- Chamado de nevo de Souton. Na histologia temos um nevo que pode ser composto, juncional ou intradérmico com processo inflamatório bem exuberante que substitui as células nevicas que pode até chegar a desaparecer a lesão. Vemos praticamente só infiltrado inflamatório.
- Exuberante infiltrado inflamatório e bastante derrame pigmentar. Vemos algumas células nevicas e infiltrado inflamatório, linfócitos e células nevicas. Pode acometer um pouco da epiderme e há sempre derrame pigmentar associado.
- Masson Fontana** – na extremidade do nevo vemos halo vitiligoide com ausência total de pigmento. Cora pigmento.
- as vezes tem só infiltrado inflamatório, o certo é fazer a coloração e o halo vitiligoide tem que ser ausente de pigmento.

NEVO DE SPILLUS

- Maculas ou papulas de tamanhos variados em base hipercromica eritematosa. Nevo sobre nevo. Podem ser nevos juncionais ou compostos.
- Geralmente são acompanhados clinicamente.

☉ NEVO CONGENITO

- ☉ Pode ser **composto ou intradérmico**, atinge derme profunda e hipoderme. As células nevas vão ficar na parte mais profunda ao redor dos anexos, epiderme muitas vezes tem aspecto mais hiperplásico com papilomatose e acantose – vista clinicamente na lesão.
- ☉ Áreas mais escuras são inhos de células nevas e é lesão que vai atingir bem a derme profunda. Na parte superficial há células nevas tipo A e mais profunda tipos B e C. há bastante células nevas tipos B e C.
- ☉ Células A – núcleos grandes. Não vemos derme, não tem vaso, anexo, nada, vemos população de vasos.
- ☉ Células B – linfocitoide.
- ☉ Não diferencia com quase nada dos nevos intradérmicos – ele é mais profundo, as células mais profundas envolve anexos. Pode ser composto ou intradérmico – é mais profundo.

☉ NEVO ACRAL

- ☉ *Pode ser tipo lentigo simples, junctional, junctional lentiginoso, composto, composto lentiginoso, intradérmico.*
- ☉ Vamos identificar o tipo de nevo e vai ser em pele de região acral. Epiderme bem espessa, camada córnea bem compacta e ausência de folículos pilosos (pode ter glândulas).
- ☉ Nevo composto – há ninhos na epiderme e na derme. Dx histopatológico – nevo melanocítico composto. Há formação de ninhos na epiderme e na derme. Há proliferação lentiginosa de melanocitos – disposição lado a lado, podemos ver pigmento na camada córnea.

☉ NEVO DE SPITZ

- ☉ Podem ser junctional, compostos ou dérmico. Ninhos são volumosos e predominam na porção lateral das cristas interpapilares, há espessamento da epiderme pelas 3 camadas (espinhosa, granulosa e córnea), cristas alongadas e ninhos na porção lateral das cristas. É histologicamente simétrica – podem ter citologia mais feia que nevos comuns. Fala a favor de benignidade a simetria da lesão. São células fusiformes (alongadas) ou epitelioides (núcleo arredondado e citoplasma amplo podendo não ver o limite), pouca atipia, ausência total ou quase total de pigmento. Clinicamente são lesões eritematosas e não pigmentadas.
- ☉ **Corpos de Kamino** – não tem ombro de lesão que é característica de nevos displásicos. Há proliferação vascular associada e raras mitoses – ajuda a diferenciar de melanoma.
- ☉ As lesões podem fazer **elevação em domo** da epiderme e a lesão é bem profunda, pega derme mais profunda. Vemos colágeno mais rarefeito e claro na parte normal e acima onde há lesão é mais escuro.
- ☉ Lesão **crece em domo** com hiperplasia epidérmica. S100 (imunohistoquímica).
- ☉ **Marcador de melanocitos**: **S100** (menos específico), **melan A** (específico), **HMB45** (específico e marca células ativadas em proliferação). Posso diferenciar um nevo comum de um displásico, mas não diferencio displásico de melanoma – marca células ativadas, mas não maligna.
- ☉ Vemos ninhos bem evidentes e há maturação dos melanocitos. As células se tornam A, B e C e os ninhos se tornam menores. A medida que a lesão aprofunda os ninhos são menores – fala a favor de benignidade.

- ⊗ Na dermatoscopia há explosão estelar – há predomínio de pigmento e estruturas na periferia e o centro há menos cor e quase que ausência de estrutura, um pouco mais claro. Esse predomínio de pigmento com estrutura circunda a lesão como um todo. Há menos pigmento no interior da lesão que é a maturação da célula.
- ⊗ Disposição dos ninhos na porção lateral das cristas, há eventualmente um mais em baixo, mas predomina na porção lateral.
- ⊗ A célula é **fusiforme** ou **epitelióide**. Não há predomínio de uma ou outra. Formam ninhos ou até distribuídas irregularmente. Células fusiformes, epitelióides, algumas em transição. Ninho predomina na porção lateral da lesão.

⊗ NEVO DE SPITZ DESMOPLASICO

- ⊗ Raríssimo – ele só viu 2 há 4 anos. Só colocou na aula pq caiu na prova. Essa variante vai ser mais intradérmico, não vemos componente epidérmico e há desmoplasia (proliferação de colágeno – reatividade do colágeno adjacente à lesão). Há proliferação de fibroblastos com aspecto desmoplásico.
- ⊗ As células podem ser um pouco mais feias do que as células de spitz comum. Vemos maturação, sem mitose – ajuda a diferenciar de lesões malignas.
- ⊗ Desmoplasia – reação de colágeno, estromal que a lesão causa.
- ⊗ Pouco ou nenhum pigmento.

⊗ NEVO DE REED

- ⊗ Semelhante ao spitz – tbm ficam em disposição lateral nas cristas. Mas ele é sempre pigmentado e há células apenas fusiformes, não há células epitelióides. Ficam em ninhos na porção lateral. Podem ser compostos ou juncionais.
- ⊗ Há muito pigmento!
- ⊗ Tbm é chamado de nevo de células pigmentadas fusiformes. Células fusiformes dispostas dessa maneira formando **cachos de banana penduradas**. Há muito pigmento, células fusiformes.

⊗ NEVO DISPLASICO

- ⊗ Causa muita dúvida para diferenciar com melanoma. Tbm pode ser lentiginoso, **juncional** lentiginoso, **composto** ou composto lentiginoso. Sempre tem que ter o componente epidérmico, não pode ser intradérmico.
- ⊗ *Atipia celular observada no núcleo, assimetria, fusão de cristas, ombro de lesão, fibroplasia da derme subjacente, proliferação vascular e infiltrado inflamatório – tem que ter todos esses critérios para falar que é nevo displásico.*
- ⊗ **Atipia celular** – núcleos de várias formas, cores diferentes, uns maiores, outros menores, mais escuros, mais claros.
- ⊗ **Assimetria** – ninho de um lado, do outro não tem, é lesão assimétrica.
- ⊗ **Fusão de cristas interpapilares** – 2 cristas se fundem pelas células nevas. Forma uma mega crista interpapilar.
- ⊗ **Ombro de lesão** – ocorre quando a lesão é composta (componente epidérmico e dérmico) – ocorre quando o componente epidérmico se estende além do componente dérmico.

- Ⓢ **Fibroplasia** – reatividade dérmica em baixo dos ninhos. Proliferação de fibroblastos e fibras colágenas.
- Ⓢ **Proliferação vascular e infiltrado inflamatório** – sempre acompanha a lesão. Vasos são do plexo superficial, infiltrado inflamatório predomina ao redor dos vasos e sempre tem bastante derrame pigmentar com melanofagos.
- Ⓢ O mais importante é a atipia. Tem que ter todos os componentes para ser displásico.

Ⓢ **MELANODERMIA**

- Ⓢ Melanofagos na derme – comum na dermatite de interface pela degeneração vacuolar da camada basal. Macrófagos que fagocitaram pigmento e viraram melanofagos.

Ⓢ **NEVO AZUL COMUM**

- Ⓢ Melanocito não está na derme, o normal é na epiderme, se ele estiver na derme eles tem aspecto bem fusiforme e dendrítico. Emitem dendritos longos que vão estar pigmentados.
- Ⓢ Masson Fontana – coloração de pigmento. Dissocia colágeno e tem bastante pigmento.
- Ⓢ A lesão pode crescer bastante, vai se aprofundando na derme, envolvendo anexos, formando **badalo de sino**.

Ⓢ **NEVO AZUL CELULAR**

- Ⓢ Não tem apenas células dendríticas, tem células que lembram células nevas, são grandes, profundas na derme.

Ⓢ **NEVO DE OTTA**

- Ⓢ Poucos melanocitos distribuídos de maneira esparsa. Nevo de Ito e mancha mongólica são todos iguais – o que muda é a localização. Não formam agrupamentos e nem feixes.

QUESTÕES

- 1) Nevo de Spitz – nunca vai ser lentiginoso ou seja, a proliferação juncional é descontínua. Tem reação epidérmica exuberante, há hiperplasia epidérmica às custas de todas as camadas. Há pouco ou nenhum pigmento, mitoses raras no terço inferior, ninhos celulares ovoides perpendiculares à epiderme (na lateral das cristas).
- 2) O nevo de Reed é considerado variante de nevo de Spitz.
- 3) Pseudomelanoma (nevo recorrente) – surge rápido após o ato cirúrgico, questão de semanas. Há hiperpigmentação clínica e histologicamente alterações sugestivas de melanoma (atipia melanocítica). A pigmentação se confina à região da cicatriz, fatores de crescimento envolvidos na cicatrização que parecem estar relacionados ao processo, presença por vezes de infiltrado inflamatório linfocítico com melanofagos de permeio na derme superior.
- 4) em relação ao nevo desmoplásico pode-se afirmar que – tem sido considerado uma variante do nevo de Spitz.

- 5) achados histológicos do lentigo simples x lentigo solar. No lentigo simples há aumento de melanocitos na camada basal e já no lentigo solar (melanose solar) não há aumento de melanocitos. Há aumento de melanina.
- 6) a melanose genital tem alterações histológicas caracterizadas pelo aumento de **melanina** (lesões de hiperfunção).
- 7) figura - nevo composto acral – ninhos na epiderme e na derme. Não há nenhum pelo, camada córnea espessa e compacta. Tentar verificar se é acral, elastose solar com atrofia epidérmica e proliferação de fibroblastos, se é de mucosa. As células podem ser um pouco mais feias e pode ter disseminação pagetoide mas não caracteriza malignidade.
- 8) nevo displásico - área rósea no meio da lesão – colágeno. Fibroplasia, fusão de cristas, atipia nuclear. Infiltrado discreto, mínimo. Lesão composta – epidérmico e dérmico. Há ombro de lesão, a epiderme continua e a derme para.
- 9) nevo de Meyerson - há espongirose, ninhos na epiderme, proliferação de melanocitos, bastante pigmento, ate na camada córnea. Lesão melanocítica com dermatite espongiótica associada.
- 10) nevo halo - há célula com pigmento, formando ninhos, infiltrado inflamatório exuberante, epiderme atrofica. Lembrar do infiltrado inflamatório exuberante. Nevo comum com infiltrado inflamatório que pode eliminar a lesão e ficar só infiltrado inflamatório. Temos que identificar a célula nevica e o infiltrado.
- 11) nevo de Reed - vemos pilo erector, glândula ecrina. Parece cacho de banana. As células são fusiformes e parecem que estão despencando da crista. No Spitz a célula epitelióide esta em maior quantidade do que as fusiformes. Aqui no Reed há muito pigmento, a lesão é totalmente simétrica. Isso fala a favor de lesão típica, nevos displásicos nunca serão regulares.
- 12) nevo de Spitz desmoplásico - tem célula epitelióide – nevo de Spitz que tem. Há proliferação de colágeno, em cima vemos a proliferação intensa de colágeno, em baixo vemos derme normal. Tem as duas mas predomina epitelióide sobre as fusiformes.
- 13) nevo de Spitz - ninhos pequenos, maturação na derme. Ninhos mais baixos são sempre menores que os mais altos, ninhos na porção lateral, células epitelióides. Há corpos de Kamino. Nesse caso é composto – epidérmico e dérmico. Há hiperplasia da epiderme que acompanha a lesão. **Corpos de kamino** são estruturas eosinofílicas no meio das células de Spitz da epiderme. Não se sabe se é queratinócito necrótico, engruvinhamento da membrana basal, não se sabe o que é.