

NEVO DE SPITZ E NEVO DE REED

☉ INTRODUCAO

- ☉ Podem lembrar melanoma. A grande dificuldade são as lesões borderline.

☉ NEVO DE SPITZ

- ☉ Papula solitária, arredondada ou oval, lisa, pode ser verrucosa, discretas escamas, crostas ou erosão. Geralmente não ulcera a cor pode ser rósea a marrom avermelhado ou vermelho purpúrico e pode ter crescimento lento ou rápido. Geralmente assintomático, não sangra, apresenta nas primeiras 2 décadas de vida, no adulto acomete um terço dos casos, sendo raro ao nascimento. Corresponde a 1% das lesões nevas excisadas na infância.
- ☉ Papula isolada, avermelhada, de superfície lisa que não ulcera.
- ☉ Se localiza principalmente na face ou extremidades, menor de 1cm e tempo de evolução pode ser de semanas ou anos.
- ☉ A história é surgimento de papula rósea na cabeça ou região cervical que cresce de forma rápida e nos adultos, geralmente é papula ou placa marrom ou preta no tronco ou membro inferior, normalmente é pigmentada.
- ☉ Nas lesões hipopigmentadas, podemos confundir com melanoma amelanótico.
- ☉ Mais comum em mulheres brancas.
- ☉ Pode ter células melanocíticas no linfonodo e quando isso ocorre temos que investigar. Não fazemos incisão de linfonodo de rotina quando encontramos dx de células fusiformes epitelioides.
- ☉ Normalmente há regressão ao longo do tempo. Eventualmente, quando há lesões múltiplas, podem ser por disseminação das lesões para vários sítios cutâneos, mas mesmo assim mantem a tendência a involução espontânea.

☉ NEVO DE REED

- ☉ Papula ou placa de cor preta ou marrom escura, acomete mulheres jovens na 3ª década de vida. Entretanto pode ocorrer em crianças e adultos jovens de ambos os sexos.
- ☉ Normalmente menor que o spitz (até 1cm) e a velocidade de crescimento é rápida.
- ☉ Pode ser hipo ou amelanótico, não sendo muito frequente. Eventualmente alguns patologistas encontram ninhos de melanócitos fusiformes na epiderme e derme papilar que podem ou não ter melanina.
- ☉ Dx diferencial – nevo de Clark, dermatofibroma, angioma, granuloma piogênico, tumor primário anexial, mastocitoma solitário, pseudolinfoma e melanoma.

☉ ASPECTOS DERMATOSCÓPICOS

- ☉ 3 padrões dermatoscópicos:
 - 1 – starburst
 - 2 – globular
 - 3 – atípico

- ⊗ PADRAO EM EXPLOSAO DE ESTRELA – STARBURST
- ⊗ Principal, 53% dos casos tem esse padrão. Há pigmentação central difusa e há estrias com distribuição radiada na periferia da lesão. Eventualmente pode ter rede pigmentar e pigmentação preta azulada sem estrias.
- ⊗ Centro escuro difuso com estrias azuladas que vão em direção a periferia. É como se fosse a explosão de uma estrela, fogos de artifício.

- ⊗ PADRAO GLOBULAR – GRAO DE CAFÉ
- ⊗ Centro marrom acinzentado e azulado, periferia com glóbulos brancos de cor marrom, as vezes com vasos em pontos.
- ⊗ Parece grão de café.

- ⊗ PADRAO ATIPICO
- ⊗ 25% dos casos, há distribuição irregular de cores e estruturas, podendo apresentar pigmentação que se assemelha ao véu branco-azulado (por hiperplasia da epiderme associada à presença de melanofagos na derme) ou Black Blotches – borrões enegrecidos – além de estrias radiadas periféricas e padrão vascular pontuado.
- ⊗ Da medo, parece melanoma.

- ⊗ NEVO DE SPITZ HIPOPIGMENTADO
- ⊗ O maior destaque é o padrão vascular e há VASOS em ponto e virgula, que dificulta diferenciar de melanoma amelanotico.

- ⊗ REDE PIGMENTAR SUPERFICIAL PRETA
- ⊗ É um achado recente encontrado em 10% dos casos, estrutura semelhante a rede pigmentar de cor preta que repousa sobre um fundo preto-azulado ou azul-esbranquiado. No AP são áreas de paraqueratose pigmentada com aparência preta e reticulada e pode refletir maior síntese de pigmento pelos ninhos de melanocitos.
- ⊗ Eventualmente há despigmentação central reticular nos nevos de Spitz pigmentados, também denominada rede pigmentar invertida.

- ⊗ DERMATOSCOPIA DO MELANOMA
- ⊗ Há lesão assimétrica com rede pigmentar atípica, pontos, glóbulos e estrias são irregulares, há pseudopodes e véu branco azulado e pigmentação variada e irregular.
- ⊗ Há casos difíceis, atípicos em que o dx diferencial com melanoma se torna difícil não só na clínica e na histopatologia, mas tbm na dermatoscopia.

- ⊗ TEORIA DE PIZZICHETTA
- ⊗ Acredita que os 3 padroes – starburst, grão de café e atípico são variantes e fases de um mesmo nevo. O que mais tem é o starburst e a medida que vão evoluindo vão surgindo os novos padrões.

ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

- As lesões spitzoides, assim como outras lesões melanocíticas, apresentam-se histologicamente como **benignas, atípicas e malignas**. Após o exame destas lesões ao microscópio, pode-se tentar enquadrá-las em 3 categorias:
 - 1. Nevo de Spitz sem outras anormalidades
 - 2. Nevo de Spitz com um ou mais aspectos de atipia (nevo de Spitz atípico)
 - 3. Melanoma Spitzoide
- Nevos de Spitz em sua maioria são compostos, eventualmente juncionais e alguns intradérmicos. O aspecto arquitetural – avaliar simetria, tamanho menor de 1cm, avaliar se há maturação celular, profundidade da lesão e se há epidermotropismo (disseminação pagetoide).

NEVO DE SPITZ CLASSICO – AP

- Cunha com base apontando para epiderme, simetria, margens bem definidas, fora dos fascículos há células arredondadas e pode ter pleomorfismo.
- Proliferação de células melanocíticas fusiformes e epitelioides – surge Reed e Spitz.
- Células fusiformes são alongadas com aspecto de fuso celular. Temos que procurar figuras de mitose e **Corpos de Kamino** – corpos eosinofílicos no nevo de Spitz.

NEVO DE SPITZ ATÍPICO

- Atípias podem ser arquiteturais ou citológicas.

NEVO DE REED AP

- Quando temos nevo de Reed há células melanocíticas fusiformes muito pigmentadas, eventualmente há células epitelioides de permeio ao longo das células melanocíticas.
- Nevo simétrico, com bastante pigmento melânico, pigmentação da camada córnea e alguns ninhos paralelos as cristas interpapilares.
- Lesão predominantemente intraepidérmica ou pode ter eliminação transepidérmica de melanina, melanofagos e eventualmente corpos de kamino.

DIFERENÇAS – SPITZ X REED (MAIS IMPORTANTE DA AULA)

- As principais diferenças entre os dois são:

NEVO DE REED

- Há abundância de pigmento melânico
- Monomorfismo de células fusiformes é mais pronunciada
- Melanocitos fusiformes são menores e mais uniformes com escassez de células epitelioides
- Crescimento expansivo na derme ao invés de infiltrativo
- Rara migração intraepidérmica

DIFERENCIAÇÃO DOS DOIS NEVOS COM MELANOMA

- Ⓜ Assimetria, contornos nítidos, maturação dos melanocitos, pleomorfismo (mais no melanoma), infiltração do colágeno, presença de mitoses, ausência de mitoses atípicas, contorno irregular do crescimento, presença de corpos de kamino, mesmo assim é muito difícil de diferenciar. Com isso surgem os termos – **nevo de Spitz atípico, nevo de Spitz maligno e melanoma Spitzoide.**
- Ⓜ MALIGNIZACAO E METASTASE
- Ⓜ Há risco de malignizacao desses nevos. Mas há teorias que esses melanomas spitzoides ou reedzoides já são melanomas desde o principio, há estudiosos que consideram spitz como totalmente benigno, se houver malignizacao é pq não era Spitz, já era melanoma Spitzoide.
- Ⓜ Quando há malignizacao são localizadas nos linfonodos.
- Ⓜ EVOLUCAO, TRATAMENTO E PROGNOSTICO
- Ⓜ Temos como utilizar marcadores imunohistoquimicos com S-100, Melan-A, HMB-45 são mto positivos no melanoma e não são positivos nos nevos de células fusiformes.
- Ⓜ Temos que correlacionar a clinica com comportamento evolutivo.
- Ⓜ Utilizar a dermatoscopia para ajudar a diferenciar.
- Ⓜ Microscopia confocal – não precisamos fazer a retirada da lesão do paciente, é como se fosse uma super dermatoscopia com visualização direta e vemos algumas estruturas cutâneas já em nível celular. Em SP só tem na Santa Casa e Instituto do Cancer.
- Ⓜ Lesoes atípicas podem ter curso clinico mais agressivo. Lesoes de aparecimento tardio em adultos tem indicação cirúrgica. Assim como se tiver mudança rápida ou recente de cor, tamanho e forma das lesoes. **Lesoes em adulto sempre vamos tirar e jovens quando há mudança da lesão.**
- Ⓜ Margens cirúrgicas de 1-2mm. Quando há lesoes atípicas vamos tirar ate 1cm.
- Ⓜ Ccas com menos de 12 anos e padrão starburst clássico na dermatoscopia podemos fazer seguimento clinico e dermatoscopico – se não são atípicas, pequenas, não ulceradas, simétricas, localizações clássicas (face e pescoço), podemos seguir a cada 3 ou 6 meses sem retirar desde o inicio.
- Ⓜ Podemos continuar seguindo e quando não tiver mais alterações no aspecto da lesão por um certo tempo, podemos aumentar os intervalos de seguimento.
- Ⓜ Maiores de 12 anos vamos sempre indicar retirada cirúrgica.

QUESTOES

- 1) Nevo de Spitz caracteriza-se clinicamente por – lesão única, superfície lisa, cor rósea ou marrom avermelhada, assintomática, localizada na face e que surge nas duas primeiras décadas de vida.
- 2) Nevo de Spitz – existem variantes halo, combinado, displasico, múltiplo disseminado e agminado. Os brancos são os mais acometidos, principalmente mulheres. A incidência em ccas varia entre 1 a 10% dos nevos melanociticos e que correspondem a 1% das lesoes nevas excisadas na infância. Não é comum a transformação maligna e acometimento linfático.
- 3) Nevo de Reed – lesão pigmentada que acomete mulheres jovens geralmente, nem sempre é lesão intensamente pigmentada, as vezes torna-se difícil a diferenciação clinica com o nevo de

Spitz, sendo melhor utilizável o termo nevo de células fusiformes e ou epitelioides para ambos os nevos. A localização mais frequente é a perna.

- 4) Dermatoscopia de nevo de células fusiformes ou epitelioides – pode aumentar a acurácia diagnóstica em até 93% das vezes. Útil na diferenciação com melanoma, melhor alternativa não invasiva, é bastante acessível.
- 5) Dermatoscopia de nevo de células fusiformes ou epitelioides – lesões geralmente simétricas, 3 padrões – starburst, globular e atípico, sendo o starburst é o mais comum em 53% dos casos. A característica desses nevos é a benignidade. 22% globular e 25% padrão atípico. O padrão atípico tem características próprias que ajudam a diferenciar, mas muitas vezes a diferenciação é confusa e é desafio dx para diferenciar de melanoma.
- 6) Padrão starburst – fogos de artifício – mais comum de células fusiformes.
- 7) Padrão starburst – 53% dos casos, caracteriza-se por estrias radiadas na periferia que correspondem a ninhos celulares compactados. Há pigmentação central proeminente difusa, cinza-azulada ou preta, com estrias radiadas na periferia.
- 8) Nevo de células fusiformes e ou epitelioides – o padrão dermatoscópico atípico encontrado em 25% dos casos, pode apresentar véu branco-azulado e Black-Blotches, o que pode dificultar o dx diferencial com melanoma.
- 9) Rede pigmentar superficial preta – o padrão é mais difuso, azulado. Pode ser encontrada em até 10% dos casos, sendo considerada uma característica peculiar útil para o dx dos nevos de Spitz e Reed. É uma estrutura que se assemelha à rede pigmentar, sendo proeminente e de cor preta, apresentando um fundo mais azulado e difuso. No exame histopatológico, corresponde a áreas focais de paraqueratose pigmentada devido a maior produção de melanina pelos ninhos melanocíticos.
- 10) Rede pigmentar invertida não é patognomônica de melanoma. Existem casos cujo dx diferencial dos nevos de células fusiformes com melanoma podem ser difíceis, principalmente nas formas atípicas. Nevo de Spitz deve ser excisado após 12 anos de idade. Nevo de células fusiformes tbm pode ter rede pigmentar invertida. Não são sempre lesões precursoras de melanoma. Lesões hipopigmentadas não são facilmente distinguíveis do melanoma.
- 11) Evolução dos nevos fusiformes – é comum seu desaparecimento com o passar dos anos, o que explicaria o não reconhecimento em indivíduos mais idosos. Nevo evolutivo com 3 padrões – starburst, grão de café e atípico – podem ser etapas de transição de um mesmo nevo. Não ocorrem em grandes dimensões e nem destruição local. Nevo de Spitz e Reed são variantes diferentes e não evoluem entre eles.
- 12) Modelo sugerido por Pizzichetta – propõe que os nevos de Spitz e de Reed passariam progressivamente do padrão globular, para o explosão em estrelas, terminando em um padrão homogêneo até o seu desaparecimento completo. Os padrões são etapas num processo evolutivo de uma lesão. Explica os motivos pelos quais os nevos de Spitz e Reed são mais observados em crianças e adultos jovens. (há locais que dizem que há mudança do padrão starburst para globular e depois desaparece).
- 13) Histopatologia dos nevos de Spitz – geralmente são nevos compostos.

- 14) Corpos de Kamino são formações globulares eosinofílicas que ocorrem geralmente nos nevos de Spitz. Nevo de Reed há predomínio de células fusiformes e não é comum acometimento subcutâneo. Nevo de Spitz há maior número de células epitelioides.
- 15) Nevo de Reed x Spitz – há abundante pigmento melânico no nevo de Reed em comparação ao nevo de Spitz, no nevo de Reed há predomínio de células fusiformes, sendo o monomorfismo células menos frequente no nevo de Spitz. É irrelevante sua diferenciação, sendo a principal questão o dx diferencial com melanoma.
- 16) Nevo de Reed e Spitz x Melanoma – diferencia corpos de Kamino, maturação dérmica de melanocitos, simetria e ausência de mitoses.
- 17) Nevo de Spitz – lesão benigna e se questiona se os casos com comportamento maligno na verdade não seriam melanomas spitzoides, é importante considerar a idade de aparecimento do nevo na avaliação do paciente, devido a controversia já foi sugerida a classificação em: nevo de spitz, nevo de Spitz atípico e nevo de Spitz maligno. Não há acometimento de linfonodos e metástases para outros órgãos.
- 18) Nevo de células fusiformes ou epitelioides – para adequado dx, torna-se necessária a correlação entre a clínica, os dados evolutivos e a dermatoscopia. Não há marcadores imuno-histoquímicos específicos para os nevos de Spitz e Reed – podem ser úteis. AP não permite diferenciar em 100% dos casos com melanoma.
- 19) Conduta frente aos nevos de células fusiformes ou epitelioides – ainda não existe concordância na literatura, mas recomenda-se nos casos em que os dados de evolução apresentem mudança significativa no aspecto, bx excisional com Margem de 1 a 2mm, lesões em adultos devem ser retiradas cirurgicamente, em casos menores de 12 anos, cuja lesão apresenta padrão starburst na dermatoscopia, com localização clássica, simétrica, pode-se proceder ao seguimento a cada 3-6 meses.
- 20) Correlação dermato-histopatológica dos nevos de células fusiformes e ou epitelioides – lesões assimétricas devem ter a região de maior assimetria representada nos cortes histológicos, é bastante útil acrescentar a imagem dermatoscópica ao fragmento excisado, o que pode orientar o patologista na realização dos cortes histológicos mais adequados. A dermatoscopia pode orientar o local de maior atipia das lesões assimétricas.