

## **REVISAO PARA PROVA ORAL – Michalany e Ana Paula (outubro 2014)**

- 1ª aula
- 1º caso → **mucinose folicular**.
- Diagnostico diferencial com hanseníase, sífilis, alopecia areata.
- Fazer teste de sensibilidade para afastar hanseníase, VDRL para afastar sífilis.
- Devemos fazer biopsia – que vai vir com deposito de mucina, visto a coloração de Alcian Blue. Tambem podemos ver na coloração de ferro coloidal e mucicarmin.
- Mucina – composta de acido hialuronico, formada por glicosaminoglicanas acidas.
- Como é adulto jovem, o prognostico é bom. Podemos não tratar, ou usar corticoide tópico.
- Se for paciente mais idoso, temos que pensar que pode evoluir para micose fungoide foliculotropica, logo, tem que acompanhar.
  
- 2º caso → **mixedema pré-tibial**.
- Diagnostico diferencial com linfedema.
- Perguntar se o paciente tem hipertireoidismo, com exoftalmia na clinica.
- Na biopsia vemos deposito de mucina.
  
- 3º caso → **necrobiose lipoidica**.
- Diagnostico diferencial com esclerodermia.
- Na bx vem granuloma com necrobiose de colágeno e deposito de gordura, por isso na clinica tem placas amareladas e no granuloma anular tem deposito de mucina.
- Geralmente o paciente tem diabetes e a localização típica é pré tibial.
- A biopsia tem que ser profunda e pegar pele Sã para diferenciar da pele acometida, principalmente se pensarmos em esclerodermia. Para necrobiose lipoidica precisamos de bx profunda.
- Esclerodermia – a biopsia fica quadrada (score biopsy).
  
- 4º caso → **Lupus pérnio, Sarcoidose**.
- Placa eritemato violácea, infiltrada, com áreas amareladas, acometendo a ponta do nariz. Vemos a parte amarelada – tipo geleia de maca, sem a vitropressao. E' uma **lesão sarcoidea**.
- Doenças infecciosas de padrão sarcoideo - hanseníase, leishmaniose, esporotricose, paracoccidioidomicose, tuberculose (lúpus vulgar), sífilis.
- Doenças inflamatórias de padrão sarcoideo – lúpus pernio (sarcoidose), lúpus, granulomatose de Wegener, amiloidose nodular (olhar fotos dos anais).
- Doenças neoplásicas de padrão sarcoideo – linfoma.
- Realização da biopsia – granuloma tuberculoide incompleto – desnudo.

- Presença de granuloma (processo inflamatório organizado com predomínio de macrófagos – histiocitos), hiperplasia de histiocitos reacional a um corpo estranho ou agente animado com baixa virulência (BAAR). Granuloma epitelióide, desnudo. A presença de células epitelióides, nos mostra que é um granuloma tuberculoide, que pode ser completo ou incompleto.
- **Granuloma tuberculoide Completo** – células epitelióides + halo linfocitário. Também pode ter célula gigante multinucleada = Langhans (citoplasma grande e núcleos dispostos em ferradura) e em alguns casos pode ter necrose caseosa. A necrose vai ser central.
- **Granuloma tuberculoide Incompleto** – não tem halo linfocitário. Tem células gigantes. E pode ter necrose.
- Hanseníase nodular da infância – o granuloma nesse tipo de hanseníase tende a ser pobre em linfócitos. Pode parecer com sarcoidose.
- No Brasil, sarcoidose é dx de exclusão, preciso provar que não é infeccioso. Precisamos fazer cultura para excluir dx infeccioso.
- Macrófagos epitelióides – citoplasma evidente, mas não vemos o limite de um citoplasma e de outro. Vemos 4 núcleos de macrófagos individuais, não vejo a distinção dos citoplasmas.
- Pode ter linfócito no meio do granuloma, mas não é halo linfocitário. O linfócito ajuda a liberar citocinas para os macrófagos efetuarem a ação no processo inflamatório (interleucinas, TNF alfa).
- Pacientes com sarcoidose podem ou não ter sintomas sistêmicos. Muitas vezes fazemos dx e o paciente não tem clínica sistêmica.
- Anamnese é importante, lembrar que pode pegar pulmão com infiltrado hilar típico, tbm pode pegar outros órgãos. Sarcoidose é doença sistêmica e é bom quando tem doença na pele pq é mais fácil de bx do que ter que bx o pulmão.
- Não esquecer de RX de tórax, avaliação cardíaca, oftalmológica, RX de mãos e pés pq pode ter cistos ósseos.
- Hipercalemia é típica dos pacientes com sarcoidose, podemos dosar ECA que tem nível elevado. Esses pacientes são anérgicos quanto a intradermoreação. Então paciente com eritema nodoso e vamos investigar e uma causa pode ser sarcoidose ou tuberculose. Se temos RX com alteração e estamos na dúvida, um PPD negativo, favorece o dx de sarcoidose.
- Teste de Kveim – material de paciente com sarcoidose e preparar um teste para aplicar no outro para fazer inoculação intradérmica.
- **Sempre temos que fazer biópsia com cultura para fungos e micobactérias. Sorologia para sífilis. Qualquer dermatite granulomatosa desse tipo, somos obrigados a fazer Ziehl Nielsen para detectar BAAR.**
- Falar que no Brasil é dx de exclusão, então temos que fazer cultura, sorologia para sífilis.
- Corpo asteroide não é específico.
  
- 5º caso – **Dermatite Herpetiforme**.
- Papulas escoriadas em região de cotovelo e nadegas.
- Dx: Dermatite herpetiforme, prurigo.

- BX: microabscessos de neutrófilos na papila dérmica. Tbm pode estar presente alem da dermatite herpetiforme – lúpus bolhoso e IgA linear. Temos que fazer **IFD – depósito de IgA granuloso na papila dérmica**, pq neutrófilo tem receptor de membrana para IgA.
- BX: microabscessos de neutrófilos na papila dérmica podem coalescer e formar lesões maiores.
- Lúpus bolhoso e IgA linear – vemos deposito de neutrófilos mais linear, sem passar pelos microabscessos. Isso sugere. Mas o dx tem que ser fechado pela clinica.
- Ag da Dermatite Herpetiforme – transglutaminase epidérmica. Esse deposito de IgA atrai neutrófilos (fica preso no tecido com a IgA). Esses depósitos só somem da pele se o paciente fizer dieta sem glúten.
- Tratamento – dapsona. Melhora os sintomas, mas não diminui a IgA da pele. Só controlamos o processo imunológico se o paciente fizer dieta sem glúten. A maioria dos pacientes são assintomáticos do ponto de vista gastrointestinal. E já vamos pedir dieta isenta de glúten direto, sem pedir bx de intestino.
- 2ª aula
- 6º caso → **Tricoepitelioma**.
- papula normocromica com telangiectasias, superfície lisa e brilhante, no dorso nasal a direita.
- Angiofibroma (papula fibrosa do nariz), CBC, hiperplasia sebácea, nevo melanocítico intradérmico, tricoepitelioma, tumores de anexo em geral, principalmente os do folículo piloso.
- Adenoma sebáceo de Pringle não pode ser dito, pq eles são múltiplos e não é o caso.
- AP: neoplasia cutânea dermoepidérmica benigna, não tem atipia. As células do tumor me remetem a camada basal, são células basaloides. Temos presença de queratina, presença de pelos velus. Tumor de anexo com diferenciação celular e células basaloides. Tem pouco citoplasma e o núcleo ocupa grande parte da célula.
- **\*\*\*tumor com paliçada é de natureza folicular** (por isso não temos CBC em mucosa, palmas e plantas).
- Tricoepitelioma – é o mais parecido com o CBC. O CBC faz lesão perlacea porque produz mucina e ela da aspecto perlaceo. Tricoepitelioma é parecido com CBC e tem um pouco de mucina no estroma. Telangiectasia pode ocorrer em qualquer lesão.
- São blocos de células basaloides com paliçada e com estroma rico. Origem na base do folículo piloso.
- CBC – tem atipia celular, mas tem a fenda. O estroma não faz parte do tumor, devido ao processo histológico, o tumor retrai e faz o artefato de técnica. Pode ter área de necrose, estroma rico.
- Angiofibroma – componente vascular e fibroso. Vasos proliferados com graus variáveis de dilatação e tecido fibroso com muitos fibroblastos estrelados ou multinucleados.
- Nevo intradérmico – proliferação de células nevas formando ninhos, o pigmento tende a ser mais superficial, pode ter derrame pigmentar, quanto mais pigmento, maior a chance de ter malanodermia. Há formação de ninhos, cordões, as células podem estar distribuídas isoladamente. Há tendência a formação de estruturas neurais – pq o melanocito tem origem na

crista neural, então são parentes das células neurais. As células nevas tendem a formar estruturas neurais.

- As stem cells – estão no bulge do folículo piloso. Perto da inserção do músculo eretor do pelo. O laser quer destruir as células do bulge. Elas também estão na camada germinativa (basal) da pele. Logo temos na **camada basal e bulge**.
- 7º caso – **Melanoma amelanótico ulcerado**.
- Nódulo de 1.2cm de diâmetro, de coloração eritemato-amarelada, vegetante, aspecto úmido, com halo esbranquiçado ao redor.
- Lesão friável e cística é de consistência, logo preciso palpar. Não posso dizer na descrição.
- Hipóteses – granuloma piogenico, melanoma amelanotico, CEC, poroma ecrino, sarcoma de Kaposi, angiomatose bacilar.
- AP: pele acral espessada, ulceração – já atingiu a parte superficial da derme. Há formação de ninhos – neoplasia melanocitica que forma ninhos. Acantose irregular com ninhos. Quando olhamos, vemos células muitas vezes epitelioides, citoplasma amplo e núcleo grande, com atipia nuclear. Não há nenhum núcleo igual ao outro. Há uma anaplasia. Lesão maligna. Componente dérmico da lesão tende a formar ninhos, cordões.
- **Melanoma** – células com citoplasma maior e algumas células com núcleos poligonais, irregulares. 2 tipos de células do melanoma – epitelioides e outras irregulares que não se encaixam em nenhum. Há proliferação difusa de células, irregular, sem nenhum tipo de padrão que fala a favor de malignidade. Para diferenciar melanoma de nevo – no melanoma não tem ninhos tão bem formados, é mais irregular, sem nenhum tipo de padrão.
- **CEC** – perolas córneas. Células epiteliais do tipo escamosas maligna com queratinizacao. Quando tem ponte intercelular e formação de estruturas queratinizadas, conta como lesão bem diferenciada. Pontes intercelulares \*desmossomos são vistas. Células multinucleadas com bastante atipia, bem diferenciada.
- **Granuloma piogenico** - Proliferação de vasos de pequeno calibre e uns maiores alimentando a lesão. Hemangioma capilar lobular.
- Marcadores para célula melanocitica – S100 (muito sensível e pouco específico) – marca melanocitos e células neurais, melan A (mais específico para célula melanocitica), HMB-45 (mais específico para célula melanocitica), Mart1 também é específico – ele não sabe se é o mesmo que melan A ou outro. Citoqueratina – presente no CEC e não tem no melanoma.
- **Sarcoma de Kaposi** - Nódulo dérmico, bem delimitado, células fusiformes, com hemácias, formando canais vasculares irregulares. Sinal do promontório – vaso grande que faz uma protrusão do tumor para dentro do vaso. Nem sempre dá para ver. Não é sarcoma. Tem esse nome, pq antes do advento da terapia antiretroviral não sabia que ela iria sumir com o tratamento do HIV. Mas acabou ficando com esse nome.
- 3ª aula
- 8º caso – **Dermatofibroma**.

- Papula enegrecida. Nevo melanocítico, melanoma, CBC pigmentado, dermatofibroma, nevo azul.
- Se pensamos em melanoma – vamos fazer biópsia excisional com 2 a 3 mm de diâmetro profundo e lateral. Temos que avaliar a profundidade – índice de Breslow. O que vai determinar o tamanho da exérese é o índice de Breslow.
- Biópsia incisional de melanoma – tem que ser direcionada pela dermatoscopia. Vamos procurar véu azul acinzentado – parte mais profunda da lesão. Área de regressão não deve ser biopsiada pq já é fibrose.
- AP – proliferação de células fusiformes, sem padrão de distribuição – **padrão estoriforme** – visto no dermatofibroma (fibrohistiocitoma). **Células dendríticas dérmicas** que dão origem ao dermatofibroma. **XIIIa positivos**. Tem reação epidérmica com espessamento da epiderme e aumento da pigmentação, parece uma botinha que as cristas fazem essa disposição e bastante pigmento na camada basal. Não há aumento de melanocitos, eles começam a produzir mais pigmento e a pele fica hiperpigmentada. Pode pegar derme papilar e reticular, não invade muito a hipoderme, isso faz diferencial com o **dermatofibrosarcoma protuberans** – malignidade intermediária.
- Tendem a envolver fibras de colágeno, colágeno fica mais espessado. Há uma certa esclerose e pigmentos.
- Leiomiossarcoma – tbm mesenquimal de células fusiformes forma feixes, fibrosarcoma tem disposição em espinha de peixe.
- **Melanoma extensivo superficial** – disseminação pagetoide, células na derme, ninhos irregulares, células não estão coesas, estão dispostas de maneira irregular, bastante polimorfismo, células epitelioides com citoplasma amplo, outras mais basaloídes. Podemos ver padrão epitelióide ou outros padrões, células multinucleadas, núcleos irregulares, figuras de mitose e pigmento.
- **CBC sólido pigmentado** – proliferação de células basaloídes com pouco citoplasma. Presença de fenda, há produção de mucina, aspecto mixóide, áreas onde há produção de mucina fica com esse aspecto mixóide. O CBC produz mucina que é depositada ao redor e da esse aspecto mixóide que faz o aspecto perolado do CBC. Os padrões histológicos mais agressivos são **esclerodermiforme, micronodular**, adenoide é um tipo de sólido. O esclerodermiforme e micronodular são mais agressivos, então vou fazer uma margem um pouco maior. Área H da face é mais agressivo, então a margem varia de 4 a 6mm. Células basaloídes com paliçada evidente.
- **Nevo azul celular** – estruturas em **badalo de sino, linguetas** envolvendo folículos ou outros anexos. Lesão melanocítica de proliferação de melanocitos dérmicos (não são células dérmicas), são fusiformes, as vezes dendríticos, e com bastante pigmento, com reatividade do colágeno que fica mais espesso. Lesões com MELANOCITOS na derme, não são células dérmicas. É uma neoplasia de melanocitos, com padrão de crescimento infiltrativo dissociando colágeno.
- 9º caso – **Bowen pigmentado** (difícil) \*\*\* pegadinha

- Homem, dorso, paciente melanodermico – bowen pigmentado. O bowen comum é mais nas mulheres e nos MMII.
- Placa acastanhada no dorso de mais ou menos 1.3 cm de diâmetro com algumas áreas mais enegrecidas, de limites bem definidos em dorso de paciente idoso melanodermico. Melanoma, queratose seborreica, CBC pigmentado.
- Queratinocitos atípicos na epiderme in situ.
- Bowen é um tipo específico de CEC in situ, as células tem pouco citoplasma, pega a espessura inteira da epiderme, tem um crescimento que tende a ser psoriasiforme. Pode ser pigmentada.
- **BOWEN** – proliferação atípica de queratinocitos restrita a epiderme, há perda de polaridade. O diferencial histológico tbm seria uma QA pigmentada. Vemos paraqueratose mas não na lesão inteira. Pouca alteração de fotoenvelhecimento e pouco infiltrado inflamatório. Area de lesão com camada córnea preservada.
- **QA pigmentada** – atipia dos 2/3 inferiores, e no bowen há nos 3/3 da epiderme. Há paraqueratose. Tem que ter elastose solar e infiltrado inflamatório.
- **Queratose liquenoide** – tem que ter derrame pigmentar, infiltrado inflamatório, as células não são atípicas, são típicas e são maiores, com citoplasma volumoso e mais claro e núcleo mais volumoso com nucléolo evidente, mas sem atipia. Proliferação de queratinocitos com infiltrado liquenoide. Associada a melanose solar e queratose seborreica. Existe queratose actínica liquenoide. É lesão benigna líquen plano símile, é uma papula isolada.
- Dani → Variante de líquen plano, papulas liquenoides em arranjos lineares, reticulados. Sinônimo doença de Necan.
- **Queratose seborreica** – células basaloide é característica fundamental. Pseudocisto córneo não é obrigatório, mas na maioria tem. Papilomatose tbm não é obrigatório, pode ser acantótico. Hiperqueratose tbm não é obrigatório. A característica fundamental da QS é célula basaloide com ou sem pigmento. A presença de pigmento não interfere. Existe dx clinico de QS pigmentada, mas histológico não. **Tipos: hiperqueratótico, adenoide, acantótica, clonal.** Pseudocistos pq em algum momento se conectam na superfície.