

## REVISAO PROVA ORAL FEVEREIRO 2015

**CASO 01-** tumoracao de aproximadamente 14cm em regio anterior do torax com nodulações, areas necroticas, outras eritematosas, outras amareladas, bem delimitado.

- HD: CEC, melanoma amelanocito, dermatofibrosarcoma protuberans, tumor de células de Merckel.
- As **células de Merckel** estão na camada basal. Na epiderme temos queratinocitos, melanocitos, células de Merckel na camada basal e células de Langerhans que também esta mais na espinhosa. É uma **célula neuroendócrina** e funciona como um **mecanoreceptor**, tem grânulos com mediadores químicos. Manda sinal e tem relação com tato.
- AP: neoplasia maligna indiferenciada – não conseguimos ver nenhuma estrutura. As principais que causam isso são: **carcinoma de células de Merckel e linfoma**. Aqui temos um tumor de pequenas células.
- Marcador de linfoma: CD3, CD4, CD8, CD20 (linfócito B), CK20 (tumor de células de Merckel).
- Desorganização, atipia celular, atipia nuclear. O carcinoma de células de Merckel formam uma **pseudoroseta, uma rosca**.
- **Imunohistoquímica: CK20**, Ber-EP4, CD44 (potencial metastático).
- Citoqueratina esta presente em que tipo de célula??? Marca tumores epiteliais.
- O AP parece muito com o de linfoma. Pode ser folicular pq tem muito linfócito pequeno. Células pequenas, bem basofílicas e com disposição sem nenhum padrão. É o principal diagnostico diferencial do Ca de células de Merckel. Este é considerado carcinoma de células indiferenciadas – não mostra nenhuma estrutura, não consigo identificar nenhum padrão de nada que existe no corpo humano. S100 é negativo.
- S100 – marca melanoma ou outro tumor neural.
- **CARCINOMA DE CELULAS DE MERCKEL**
- Tumor agressivo, raro, com crescimento rápido.
- Mais em homens, acima de 50 anos, principalmente entre 70-80 anos, principalmente em áreas fotoexpostas.
- Pode estar associado a imunossupressão – leucemias, transplantados, HIV.
- Tumor agressivo, sempre palpar linfonodos, metástase mais comum é para linfonodos regionais, fígado, ossos e pulmões.
- Mnemônico do Ca de células de Merckel:
  - *Assintomatico*
  - *Expansao rapida*
  - *Imunossupressao*
  - *Older than 50 anos*
  - *UVB áreas expostas (cabeça, pescoço, tronco e membros)*.
- Imunohistoquímica: **CK20, enolase neuroespecifica, cromogranina A, sinaptofisina**.
- Origem controversa: célula de Merckel ou célula tronco pluripotente que posteriormente se diferencia em neuroendócrina.
- Sobrevida em 5 anos de 30 a 75%

- Exerese com **margem de 1-2cm**, tumor **radiossensível, mas não é quimiossensível**.
- Linfadenectomia se meta regional detectada ou linfonodo sentinela positivo.

**CASO 02** – Macula azulada, levemente deprimida em região de abdômen.

- HD: nevo azul, melanoma, dermatofibroma, tatuagem.
- Na macroscopia vemos que a lesão chega até a hipoderme.
- AP: tumor de **células fusiformes atípicas de padrão estoriforme**. Tumor de linhagem fibrohistiocítica de malignidade intermediária. Pode ser localmente agressiva, existe relatos de metástase, mas se tira com margem, a porcentagem de cura é alta. Tem pigmento melânico – eponimo é **Tumor de Bednar**. É mais celular que o dermatofibroma, e o dermatofibroma não tem atipia.
- **Dx: Dermatofibrosarcoma**
- O nevo azul tem células fusiformes, mas não tem padrão estoriforme.
- Imunohistoquímica: **CD34 positivo** e XIIIa negativo.
- Tumor de linhagem mesenquimal de células fusiformes. Nem todo tumor de células fusiformes é mesenquimal. Existe melanoma de células fusiformes, CEC de células fusiformes.

**CASO 03** – paciente feminina, 35 anos, procedente de Manaus, refere aparecimento há 2 anos de placa acastanhada na região inguinal direita (após trauma com objeto pontiagudo de madeira).

- HD: Lesão que lembra quelóide. **Lacaziose ou Lobomicose**. Geralmente em área exposta para inocular o agente. Lesão queloidianda causada por bichos: **hanseníase e leishmaniose difusa**. Paracoco pode dar muitos tipos de lesões.
- Conduta: biópsia. Lacazia loboi não é cultivável!!!!
- **Bichos não cultiváveis: Lacazia loboi, micobacterium leprae, treponema palidum.**
- Tumor de células fusiformes que infiltra tecido adiposo. Aqui há proliferação celular, aspecto verticilar, estoriforme que invade tecido adiposo.
- Quelóide: colágeno espesso hialinizado.
- Diagnóstico: **Dermatofibrosarcoma**.
- O pigmento da lesão dá pra perceber que é mais epidérmico, acastanhado, não é tão profundo.
- **Imunohistoquímica: CD34+**.
- **DERMATOFIBROSARCOMA TIPO PLACA**
- Pode ser confundido com quelóide, placa de esclerodermia. Pode ser assintomático, indolente, pode ser doloroso, cicatriz crescendo, temos que pensar em dermatofibrosarcoma.
- Tumor raro, mas dos sarcomas, é o mais comum da pele.
- Mais comum na pele negra, homens, 20-50 anos, mas pode ter em qualquer idade, inclusive em crianças.
- Tendência a gerar nódulos protuberantes (DFS protuberante). É tumor atípico, mas não é gritante. É localmente agressivo, mas não costuma gerar metástase. A metástase ocorre em pacientes que ficaram sem diagnóstico, ou como tem crescimento expansivo muito grande, seu

pepino é ficar um pedaço de tumor quando faz a retirada e gerar uma recidiva do tumor. É **tumor localmente agressivo, apesar de não gerar metástase é comum a recidiva, logo deve ter margens grandes.**

- Historia de trauma precedendo a lesão em 10-20% dos casos. Pode ser após vacina.
- IH: CD34+ e XIIIa negativo.
- Geralmente não incomoda o paciente.

**CASO 04** – paciente de 14 anos, placas eritematodescamativas na face e região cervical, padrão semelhante no couro cabeludo.

- *HD: psoríase, lúpus, dermatite seborreica, eczema de contato, dermatofitose.*
- Conduta: micológico direto – veio negativo.
- Biopsia: dermatite psoriasiforme, alongamento e fusão dos cones epiteliais. Componente inflamatório pequeno e discreto. Hiperqueratose espessa. Dermatite psoriasiforme com hiperqueratose pilar e paraqueratose multifocal, alargamento do folículo. Alternância de orto e paraqueratose. Essa alternância é tanto na vertical quando na horizontal.
- **Diagnostico: Pitiríase Rubra Pilar.**
- Quando o paciente tem eritrodermia, tem áreas de pele sã.
- Ela começa com lesões no couro cabeludo, progressão crânio-caudal, paciente eritrodermico fica com ilhas de pele sã, tonalidade mais alaranjada. Ela gosta do folículo piloso. Na região cervical tinha acometimento nitidamente folicular.
- Existem diversas formas clinicas, mas a mais comum é a do adulto, com progressão crânio-caudal, evolui para eritrodermia, queratose palmoplantar, coloração alaranjada. Doença auto-limitada, vem e depois de alguns anos vai embora, é doença benigna.
- Tipo I: mais comum, do adulto, auto-limitada.
- Dermatite psoriasiforme: pensar em psoríase, eczema subagudo-crônico, pitiríase rubra pilar.

**CASO 05** – Paciente eritrodermico, causas: **inflamatória** (psoríase, PRP, eczemas, pitiríase rosea), **linfomas cutâneos** (micose fungoide eritrodermica, síndrome de Sezary), **medicamentosa**.

- Das doenças que causam eritrodermia, a principal é **psoríase**.
- Conduta: Biopsia em 3 pontos e pesquisa de células de Sezary no sangue.
- BX: paraqueratose laminar, lamina paralelas com sujeira – **microabscessos de Munro**. Os neutrófilos estão degenerados e esmagados. Na periferia da região conseguimos ver um ou outro. Paraqueratose quase continua e muitas sujeirinhas na camada córnea. Toda a camada córnea com paraqueratose. Na camada espinhosa tem a **pústula esponjiforme de Kogoj**. Na psoríase pustulosa há gigantes pústulas de Kogoj. Há tortuosidade e dilatação capilar, extravasamento de hemácias que podem até ir para o meio da epiderme. Quando descamamos a crosta, temos adelgaçamento da parte supra-papilar e extravasamento de hemácias. Nas áreas de paraqueratose, vemos hipo ou agranulose. Há palidez dos queratinocitos superficiais. O

turn over epidérmico é em media 30 dias, na psoríase fica 1 semana. Então em 1 semana a célula da camada basal já esta La em cima.

- **Pitiríase rósea de Gibert:** dermatite espongiótica irregular perivascular superficial, predomínio de linfomononucleares, com paraqueratose focal, exocitose de linfócitos e eritrodiapedese. Eritrodiapedese é critério de P. rósea. Há aumento da permeabilidade vascular. Geralmente não é psoriasiforme, mas pode vir a ser, ocasionalmente.
- **DIAGNOSTICO: PSORÍASE.**
- **Reação medicamentosa:** Dermatite de interface vacuolar que formou uma fenda. Houve perda da adesão. Necrose de queratinocitos. Há toxicidade epidérmica com necrose de queratinocitos.
- **Micose fungoide:** com exocitose de linfócitos, epidermotropismo, formando microabscessos de Pautrier. Vemos muito linfócitos sem espongiose. Presença de linfócitos atípicos em faixa, difuso, não é perivascular.

### 3ª aula

- **LOBOMICOSE:** não da o padrão das outras micoses de hiperplasia pseudotepiteliomatosa. Vemos esporos do mesmo tamanho, fazem contas de rosário, gemulação única. Sempre lateral e linear. Com o Grocot vemos melhor. Lobomicose é não cultivável, mas vemos no AP. o problema é na hanseníase que não é cultivável e não vemos no AP.

**CASO 07** – paciente feminina, 35 anos, aparecimento de placas eritematosas, assintomáticas na face, levemente infiltradas. Tem 3 placas, uma na região temporal, outra no malar e outro no mento. Tem bordas mais deprimidas e centro mais infiltrado. Aspecto sarcoideo com aspecto de maca verde à diascopia.

- HD: lúpus, infiltrado linfocitário de Jessner, linfocitoma cútis, erupção polimorfa a luz, linfoma, esporotricose, leishmaniose, paracoco, tuberculose, hanseníase, sífilis.
- Lesões sarcoideas podem ser decorrentes de processos inflamatórios, infecciosos ou tumorais.
- É mandatório biopsia com cultura para micobacteria, fungo e para leishmania. Colocar em soro fisiológico estéril e o laboratório coloca nos meios específicos.
- Todo paciente com lesão sarcoidea: biopsia com cultura, sorologia para sífilis.
- AP: vemos um esporo dentro de uma célula gigante. Temos um granuloma supurativo = micose profunda ate que se prove o contrario. Esporotricose – vemos corpo asteroide no AP. nas formas sarcoideas pode não ter muito fungo presente. Microabscessos intraepiteliais com estruturas fazendo esporulação.
- **Hiperplasia pseudoepiteliomatosa**, faz lesão tipo verrucosa, com ulcera. Se vemos granuloma supurativo, temos que pensar em bicho.
- **Sarcoïdose:** granulomas róseos. Mais róseos do que roxos, pq o histiocito tem mais citoplasma do que núcleo. Vemos granulomas sarcoideos desnudos. Temos célula epitelióide e pode ter célula gigante. Granuloma tuberculoide incompleto pq falta linfócitos. Esse padrão de

granuloma sarcoideo, pode dar em outras lesões não sarcoidose – como tipo corpo estranho por sílica, hanseníase. Hanseníase nodular da infância (não tem muito linfócito ao redor). Histiocitos são epitelioides pq se agrupam formando blocos.

- **HD: PARACOCCIDIOIDOMICOSE**
- Paracoco sarcoidea: lesões com crescimento lento, assintomático. Não é comum na forma sarcoidea achar muitos bichos.
- \*\*\*LER A REVISAO DOS ANAIS – 2013 (Educação médica continuada). A tendência agora são 4 espécies. Hoje em dia usamos mais o grupo *Paracoccidioides spp.*

#### **CASO 08** – edema do PE com saída de grãos.

- **MICETOMA**
- **Bactérias:** nocardia (exógeno, aeróbio), actinomyces israeli (endógeno, anaeróbio).
- **Fungos:** Fonsecaea pedrosoi, Madurella.
- **Botriomicose:** causada por stafilo e pseudomonas.
- Temos que fazer exame direto, apertar e tentar pesquisar os grãos. Mas as fistulas podem ser profundas e não conseguirmos achar. Então temos que fazer bx profunda, para achar os grãos. E temos que fazer cultura para bactérias e fungos.
- AP: no meio temos o micélio que é conjunto de hifas, halo de neutrófilos (supurativo) e granuloma ao redor com infiltrado misto associado. Temos que usar a cultura para diferenciar fungo de bactéria ou **coloração de gram** – só pega na bactéria (PAS e Grocott tbm coram bactérias).
- Como tem fistula, tbm podemos colocar no dx diferencial Osteomielite.
- Os mais comuns são micetomas por bactérias.
- O mesmo bicho pode dar feohifomicose, cromomicose, micetoma – pela clinica que vamos diferenciar a doença.
- Nocardia – tratamento com sulfa.
- Botriomicose – fazemos antibiograma.
- Tratamentos prolongados.
- Actinomicose endógena = dx diferencial com escrofuloderma. Se tiver gânglio inflamado, pensar na paracoco forma juvenil (aguda).
- Actinomicose exógena e botriomicose = inoculação exógena.

#### **CASO 09** – maculas hipocromicas de diâmetros variados, com bordas eritematosas, no dorso.

- HD: dermatofitose, hanseníase dimorfa (borda externa mais imprecisa e interna mais precisa – a borda externa pode se apagar), granuloma anular, eritemas figurados, micose fungoide.
- A lesão parece ser mais profunda.
- Conduta: teste de sensibilidade.
- OMS – classifica em multi e paucibacilar de acordo com o número de lesões. Como tem em tronco anterior, posterior e membros, já seria classificada como multibacilar.

- AP: infiltrado inflamatório superficial e profundo – formam uns nódulos, cordões, nódulos maiores. Nos cordões vemos rosinho ao redor e rosinho no meio, seguindo trajeto de vasos. A coloração rósea no meio diz que é um infiltrado granulomatoso. Mesmo que não ache o bacilo, por se tratar de um granuloma tuberculoide, já indica.
- Baciloscopia não é fundamental para diagnóstico. Não é ela que fundamenta o tratamento, na rotina é feita, mas não é mandatório.
- **DIAGNOSTICO: HANSENIASE**
- Macrófago pode se tornar:
  - Célula epitelióide por estímulo antigênico e virar célula gigante
  - Célula gigante direto
  - Macrófago persistente (não sofre mudança na morfologia)
- Hanseníase padrão inicial é indeterminada (infiltrado inflamatório linfocitário superficial e profundo, podendo pegar filetes nervosos). Pode ir para:
  - Tuberculoide: reage contra o bicho. Temos bacilos em pequena quantidade, geralmente encontrados no filete nervoso ou ausente.
  - Formas interpolares: bacilos positivos ou negativos, mas não são ausentes nem totalmente presentes. Podem ir para polo tuberculoide ou virchowiano.
  - Virchowiana: muitos bacilos +++ a ++++.
- **HANSENIASE INDETERMINADA**
- Infiltrado linfocitário perivascular superficial e profundo, pode envolver feixe neural. É difícil de dar o dx aqui. Se tiver hipótese clínica fica mais provável. Filete neural com infiltrado inflamatório envolvendo o filete nervoso. Infiltrado linfocitário com predomínio perivascular e podendo acometer o nervo.
- **HANSENIASE TUBERCULOIDE**
- Há formação do granuloma **tuberculoide completo**:
  - *Células epitelióides*
  - *Células gigantes de Langhans (não é obrigatório)*
  - *Linfócitos (halo linfocitário)*
- No caso de tuberculose, vemos necrose caseosa.
- Padrão inflamatório com nódulos e cordões em salsicha. Infiltrado em salsicha. Vemos áreas rosas e roxas – infiltrado granulomatoso com halo linfocitário. Ele forma esses nódulos e cordões, pq segue trajeto de nervo e vaso.
- **HANSENIASE VIRCHOWIANA**
- O macrófago fagocita o bacilo, mas não consegue matar, e forma o macrófago ou histiocito vacuolizado.
- Temos vacuolização do citoplasma dos macrófagos. O infiltrado pode pegar glândulas com destruição delas, do músculo pilo erector e para de suar. O núcleo pode ficar meio esmagado no centro pela presença dos vacúolos e vemos muitos bacilos – que podem ser vistos ao HE.
- **Ziehl-Nielsen**: marca o bacilo, vemos as globias. Macrófagos repletos de bacilos.
- A virchowiana pode formar hansenoma – nódulo, tumor de macrófagos vacuolizados. Aqui teremos muitos bacilos. Bacilo é um filete bem fino.

- Macrófagos vacuolizados no meio do músculo eretor do pelo. Muitos bacilos presentes. No Brasil usamos Ziehl-Nielsen, nos EUA usam Fite-Faraco (mesma coloração com nomes diferentes).
- **HANSENIASE DIMORFA**
- Macrófagos bacilíferos com bacilos viáveis (polo virchowiano) e célula epitelióide com um pouco de vacuolização que esta conseguindo combater os bacilos (polo tuberculoide). Temos os polos virchowiano ou tuberculoide dependendo pra qual tipo esta mais tendencioso.
- Não devemos preocupar muito em classificar o tipo, mas sim em multi e paucibacilar. Em HIV, grávidas não muda o tratamento.
- **Granuloma anular:** área cor de rosa envolvido por células. Granuloma em paliçada com área de necrobiose central, dentro do granuloma há mucina. Vemos os macrófagos fazendo granuloma em paliçada. Podemos ver células gigantes. É anular na clinica e na histologia. Há dermatite granulomatosa, infiltrado inflamatório linfocitário perivascular associado “os linfócitos ficam sentados ao redor do vaso observando o granuloma”.

CASO 10 – nódulos dolorosos no dedo, parte ventral, na falange intermediária (Anais 2012).

- **Nódulos subcutâneos dolorosos → ENGLAND: Espiradenoma ecrino, neurilemoma (schwannoma), tumor glômico, leiomioma (angioleiomioma) – o piloleiomioma é indolor, angiolioma, neurofibroma, dermatofibroma.**
- Glândula apócrina desemboca no pelo acima da glândula sebácea.
- AP: feixes de células fusiformes, tem extremidade romba – núcleos em charuto. Não é pontuda como o fibroblasto. Neoplasia benigna originada no músculo liso dos vasos sanguíneos.
- Leiomioma na pele ou vem do vaso ou do pilo eretor. Neoplasia fusiforme benigna, núcleos sem alterações.
- Angioleiomioma e piloleiomioma, no corte transversal vemos halo claro ao redor do núcleo que é onde acumula glicogênio da célula muscular. Nos casos dos tumores musculares vemos o halo claro ao redor dos núcleos. Presença de vasos – angioleiomioma.
- **Tricromio de Masson: cora o músculo liso em vermelho e fibra colágena em azul.**
- **Angioleiomioma:** a bolinha sai fácil pq é encapsulada, bem delimitada. Piloleiomioma é mais irregular, superficial, pega derme reticular superficial e profunda e é mais infiltrativo. Mais profundo, nódulo bem delimitado e encapsulado.
- **Piloleiomioma:** distribuição mais irregular, mais superficial, pega derme reticular e mais infiltrativo. Do ponto de vista histológico – núcleo com borda romba.
- **Angiolioma:** lesão bem delimitada, com margem livre.
- **Schwannoma ou Neurilemoma: corpos de Verocay** (partes mais roxas), há áreas **Antony A** – **corpos de Verocay** – células fusiformes com núcleos fazendo paliçada, parece fibras de fuso. **Antony B:** tecido conjuntivo mais frouxo com proliferação vascular.
- **Tumor glômico:** presença de vasos e células glômicas. Agrupamentos, blocos irregulares dessas células com citoplasma eosinofílico e núcleo redondo e normocromático – células glômicas e no

meio há muitos vasos. Se há mais vasos do que o componente sólido, vamos chamar de glomangioma.

- **Dermatofibroma**: padrão estoriforme, células fusiformes distribuídas de maneira anárquica, sem padrão definido. São fibroblastos e histiocitos (linhagem fibrohistiocítica). Bastante colágeno, menos celular que o dermatofibrosarcoma. Lesão mal delimitada. Normalmente é pigmentado, nódulo ligeiramente acastanhado. Epiderme com cristas alongadas e aumento da pigmentação basal, parecendo um pezinho (dirty feet) – pés sujos. Fibroblastos tem substâncias que induzem a formação de estruturas foliculares na pele, tentando formar folículo piloso e como não é bem formado, acabamos tendo a formação da fenda.
  
- **LEIOMIOMAS**
- Leiomomas cutâneos:
  - **Piloleiomioma**: mais comum, origem é músculo eretor do pelo, extremidades-tronco-face. Quando de forma múltiplo e associado a leiomioma uterino = **síndrome de REED** – 20 a 25% pode ter carcinoma renal.
  - **Angioleiomioma**: origem músculo liso do vaso, nódulo solitário, mais comum nos membros inferiores.
  - **Leiomiomas genitais**: origem no músculo liso da vulva, bolsa escrotal e mamilos.
- Fatores etiológicos: alterações hormonais, trauma e estase venosa.
  
- ***Stem cell*** = estão presentes no bulge do pelo. Bulge é área da bainha radicular externa do folículo, próximo a inserção do músculo eretor do pelo. Tem células pluripotentes. O ciclo de crescimento do pelo, o segmento inferior é trocado, graças a migração das células pluripotentes do bulge. Destruindo o bulge ou a papila do pelo, não nasce mais pelo.