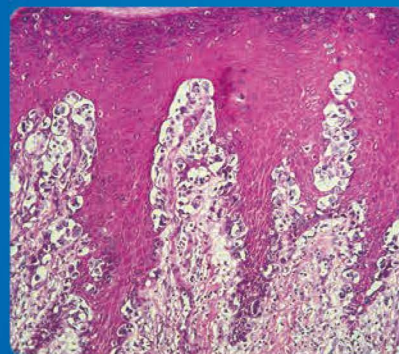
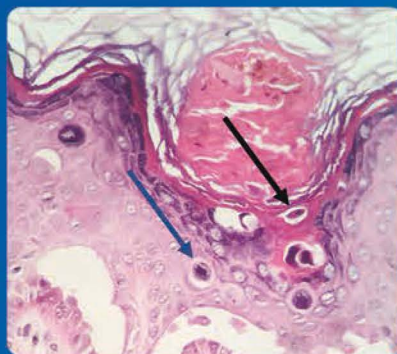
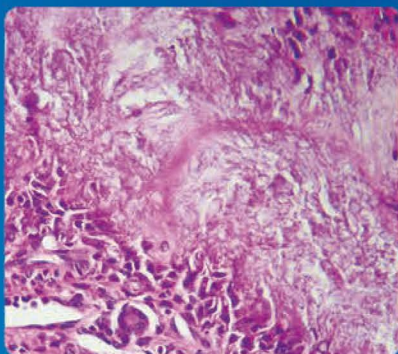


Tullia Cuzzi
Danielle Carvalho Quintella

T&D



Dermatopatologia

Compreensiva e Ilustrada

...
Com imagens para autoavaliação

 CONTEÚDO
DIGITAL

Dilivros

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: Considerações iniciais sobre o exame histopatológico da pele	1
CAPÍTULO 2: Histologia da pele normal, noções de técnicas histológicas e morfologia das células inflamatórias.....	11
CAPÍTULO 3: Padrões histopatológicos de resposta inflamatória da pele: lesões eritematosas, papulosas e descamativas não infecciosas.....	51
CAPÍTULO 4: Buloses crônicas.....	99
CAPÍTULO 5: Doenças hereditárias (genodermatoses).....	117
CAPÍTULO 6: Doenças metabólicas, degenerativas e distúrbios da pigmentação.....	135
CAPÍTULO 7: Folliculites e alopecias.....	163
CAPÍTULO 8: Paniculites.....	195
CAPÍTULO 9: Farmacodermias.....	207
CAPÍTULO 10: Doenças do tecido conjuntivo	215
CAPÍTULO 11: Vasculites e dermatoses neutrofílicas.....	231
CAPÍTULO 12: Granulomas não infecciosos.....	251
CAPÍTULO 13: Histiocitoses e plasmocitose das mucosas.....	269
CAPÍTULO 14: Lesões cutâneas de etiologia infecciosa	279
CAPÍTULO 15: Tumores da epiderme.....	317
CAPÍTULO 16: Tumores e cistos de anexos cutâneos.....	357

CAPÍTULO 17: Endometriose e metástases cutâneas	399
CAPÍTULO 18: Lesões melanocíticas	409
CAPÍTULO 19: Proliferações e neoplasias mesenquimais.....	453
CAPÍTULO 20: Linfomas cutâneos.....	499
CAPÍTULO 21: Qual o seu diagnóstico? (Material Suplementar)	
ÍNDICE REMISSIVO	521

MATERIAL SUPLEMENTAR

O capítulo 21 deste livro, é apresentado como Material Suplementar. É composto por 100 imagens histológicas e está dividido em dez partes. Cada parte, com 10 imagens, inicia-se com a lista dos diagnósticos contemplados em ordem alfabética, seguida pelas imagens e, por fim, o gabarito. O objetivo do capítulo é oferecer exercício de autoavaliação.

Também como material suplementar estão referências bibliográficas indicadas como leitura complementar de cada capítulo, em meio às quais encontram-se algumas de nossas publicações. O acesso ao Material Suplementar é feito mediante senha inserida na 2ª capa e o conteúdo ficará disponível até 20/03/2030.

T&D

Dermatopatologia

Compreensiva e Ilustrada

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O EXAME HISTOPATOLÓGICO DA PELE

Capítulo

1

O aprofundado conhecimento de Dermatopatologia contribui para o desenvolvimento de atos médicos responsáveis. Para dermatologistas, é condição que torna o exercício profissional mais eficiente. Para patologistas, o assunto está incluído entre os diversos outros temas que abrangem a especialidade e que demandam igual trato e saber.

Não raro, e por mais que se incrementem e se desenvolvam técnicas laboratoriais e de imagem, o exame histopatológico permanece como padrão ouro para o diagnóstico de diversas doenças, e não apenas as neoplásicas.

Como todo o material referente a um exame anatomopatológico fica obrigatoriamente arquivado por anos, sempre passível de revisão e questionamento futuros, nada mais justo do que ter o parecer emitido tecnicamente bem constituído. Daí a importância da requisição do exame, documento norteador das condutas laboratoriais e parecer, também a ser guardado por uma eternidade.

É com base nos dados fornecidos nessa requisição que “afiamos” os olhos aqui e acolá, relativizando e colocando em contexto a análise interpretativa. Esse documento médico é, em geral, preenchido após a retirada cirúrgica do material. O que lá estiver declarado é o que vale, e irá “conduzir” o patologista, não apenas na interpretação dos achados, mas também na apreciação inicial do material recebido seguindo, daí, o tratamento macroscópico mais adequado para a amostra e todas as demais etapas subsequentes.

A declaração da hipótese clínica não basta. A descrição da lesão clínica elementar é fundamental porque os achados histopatológicos devem encontrar correlação com a semiologia dermatológica. Se por um lado lesões descritas como pápulas deveriam contar com epiderme espessada e/ou derme superficial ocupada, por outro lesões descamativas antecipam paraceratose. A apreciação histológica de uma biópsia de pele deve revelar o aspecto clínico da lesão, e vice-versa. Se não houver convergência entre lesão elementar dermatológica e achados histopatológicos, alguma coisa está errada. Será que as lesões são multiformes e a descrição da lesão não corresponde à que foi biopsiada? Pode ser. Mas isso não é esperado.

Outras informações devem ser oferecidas nesse documento. Idade, sexo e proveniência, por exemplo, situam epidemiologicamente os diagnósticos considerados. A localização anatômica de onde foi obtida a amostra é fundamental porque aspectos microscópicos próprios e normais de determinados sítios, são considerados patológicos em outros sítios. Demais atributos clínicos também influenciam a análise. A presença de prurido confere alterações espongióticas ou degenerativas, entre outras, que podem não dizer respeito ao processo patológico primário, alterando assim o perfil original da doença em questão (Fig. 1.1). O mesmo acontece com lesões recentemente tratadas, sobretudo com agentes anti-inflamatórios. São todos aspectos que alteram os parâmetros interpretativos.

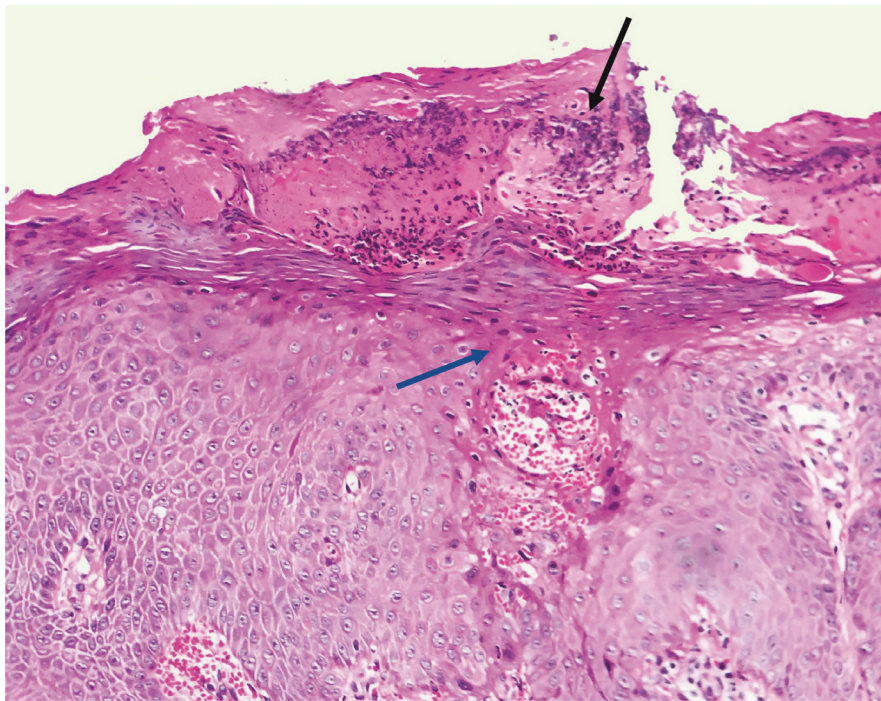


FIGURA 1.1. Espongiose tardia. Material amorfo na camada córnea com aprisionamento de leucócitos e grumos bacterianos (*seta preta*), e maior acidofilia (*cor rósea*) de queratinócitos das porções mais altas do estrato de Malpighi (*seta azul*) são aspectos que denotam coçadura.

Deve-se ainda lembrar que as lesões se modificam com o tempo e, enquanto evoluem ou regredem, os achados mais específicos e característicos podem não estar presentes (Ackerman AB, Ragoz A. *The lives of lesions: chronology in dermatopathology*. Chicago, Year Book Medical Publishers Inc.; 1984) (Fig. 1.2). Tudo para dizer que a escolha da lesão a ser biopsiada deve ser feita com base no conhecimento clínico dos seus aspectos evolutivos para que a amostra represente a que melhor caracterize a doença suspeitada.



FIGURA 1.2. Bolha antiga. Assoalho reepitelizado (*seta preta*) e clivagem evolutivamente situada na metade da espessura epidérmica (*seta azul*). Imagem não diagnóstica do processo básico.

O exame histopatológico é resposta a uma pergunta feita. A resposta precisa ser eficiente, e a pergunta também. A pergunta (hipótese clínica), não apenas “sensibiliza” o patologista na busca da entidade suspeitada, como evita que sugestões diagnósticas não pertinentes sejam consideradas. Ainda, serve para antecipar se o exame poderá ser efetivamente útil e esclarecedor, ou se mais possivelmente não se alcançará a distinção pretendida, e orienta sobre quais providências devem ser tomadas para melhor avaliar a amostra: melhor clivagem, prioridade de representação e uma série de medidas complementares, mais ou menos sofisticadas, para a análise microscópica final.

Nesse contexto estão as chamadas “dermatoses invisíveis”, conceito criado por Henri Gougerot e aplicado a condições “invisíveis” clínica ou histologicamente que, desprovidas de características definidas, representam um desafio diagnóstico. As dermatoses que são “invisíveis” do ponto de vista histopatológico são as de maior relevância prática, representando entidades com alteração

clínica da pele que, microscopicamente, parece normal. Nessas condições, a hipótese clínica declarada indica procedimentos técnicos adicionais que podem “revelar” o que antes não era visto. Assim, por exemplo, a declaração de suspeita de anetodermia obriga a solicitação de colorações especiais para evidenciar fibras elásticas e, a amostra, aparentemente “normal”, passa a oferecer diagnóstico preciso (Fig. 1.3).

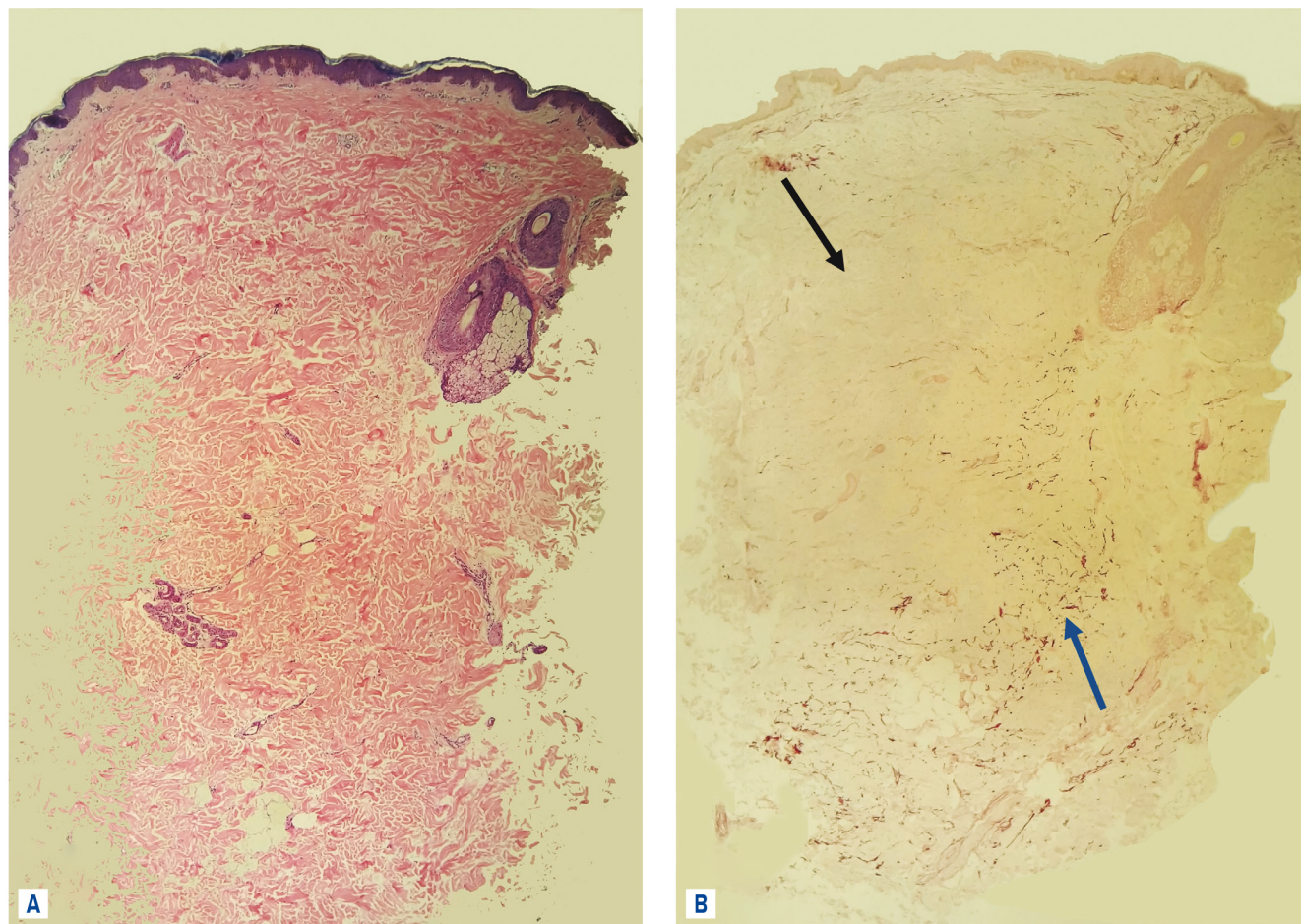


FIGURA 1.3. Dermatose invisível. O corte histológico corado pela hematoxilina-eosina (A) não mostra alterações significativas, ao passo que há marcada diminuição de fibras elásticas no corte corado pela orceína (B), corroborando a hipótese clínica de anetodermia (*seta preta*: ausência de fibras elásticas; *seta azul*: fibras elásticas remanescentes).

Mas tudo começa com a obtenção da amostra...

A técnica cirúrgica empregada deve ser adequada para o diagnóstico pretendido. Amostras obtidas por saucerização/*shaving* podem ser diagnósticas para lesões superficiais, em geral puramente epidérmicas (Fig. 1.4). Entretanto, aspectos diagnósticos mais específicos situados na derme não poderão ser excluídos nas amostras rasas.

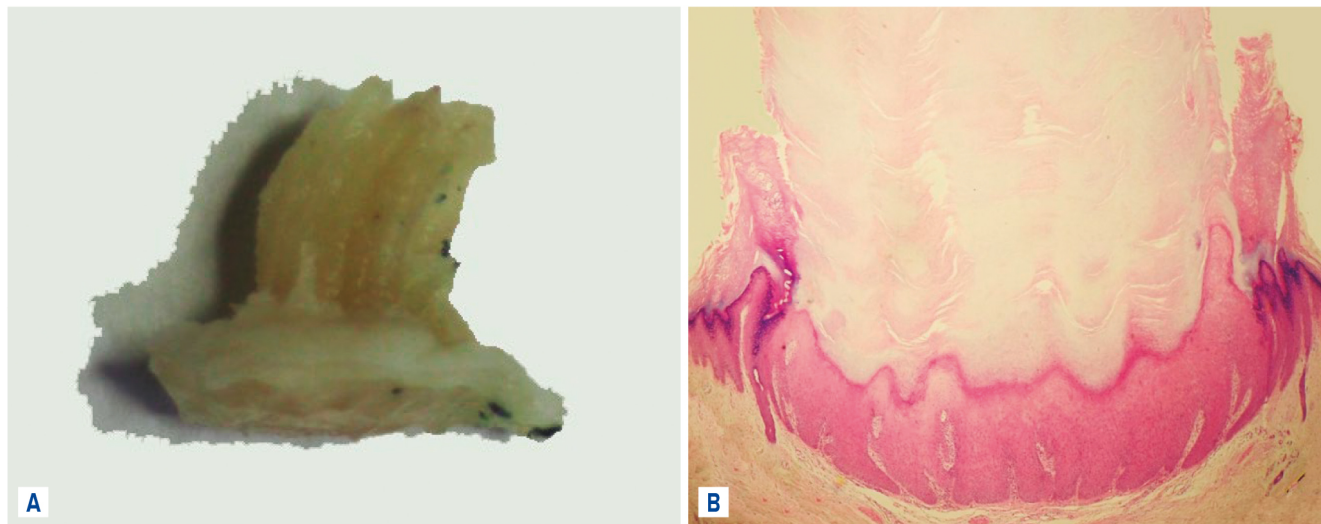


FIGURA 1.4. Produto de saucerização. Representa corno cutâneo (A) cuja etiologia (verruca vulgar) pode ser estabelecida pela possibilidade de se examinar toda a espessura epidérmica e consequente arquitetura da lesão (B). Derme escassa também está presente.

A retirada por *punch*, muito utilizada para doenças inflamatórias ou quando não se pretende obtenção de margens cirúrgicas, deve idealmente representar as três camadas da pele: epiderme, derme e hipoderme. Isso porque muitas doenças deixam sua “marca” na profundidade da amostra ou ainda na sua arquitetura, apreciadas apenas quando há maior espessura (ou largura) do material. Ainda, as amostras precisam ser retiradas com cuidado e delicadeza a fim de se evitar artefatos pré-analíticos constrangedores. Essas amostras, em particular, estão bastante sujeitas a artefato de pinçamento (artefato pré-analítico), descuido que pode trazer prejuízos para a interpretação histológica (Figs. 1.5 e 1.6).

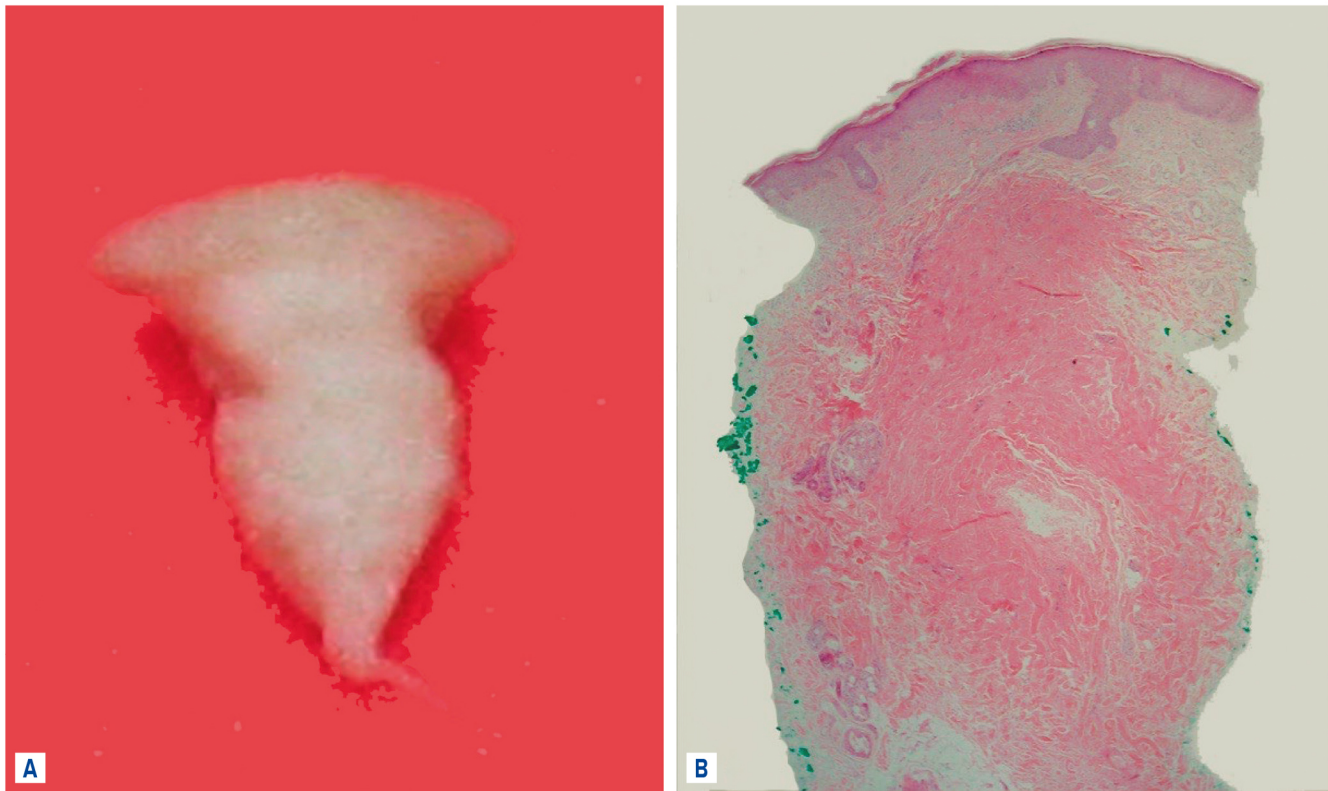


FIGURA 1.5. Artefato pré-analítico. Cone de pele (horizontalmente) pinçado (A) resultando em total desarranjo das fibras colágenas que, histologicamente, aparecem colabadas e hialinizadas (B) em aspecto que, isoladamente considerado e com objetiva de grande aumento, remete até à esclerose.

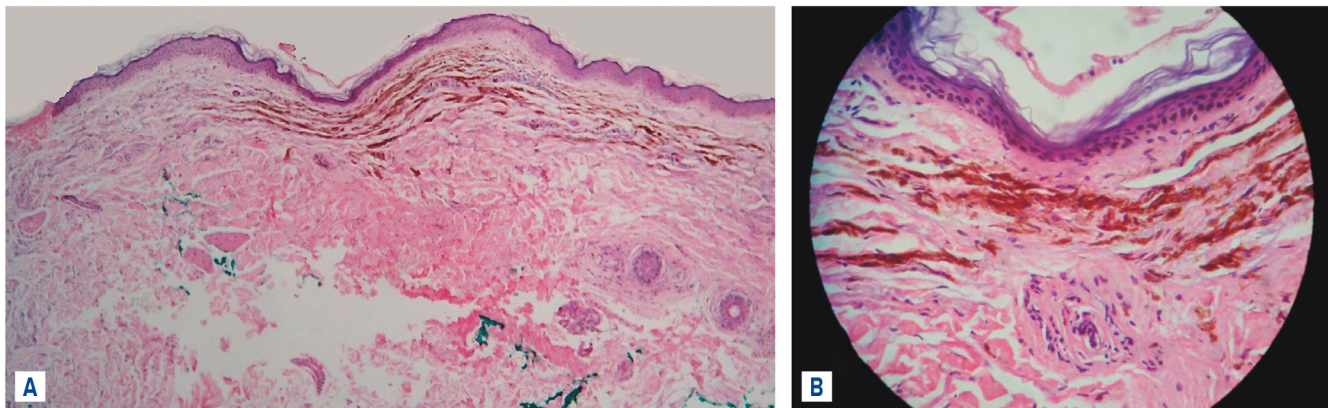


FIGURA 1.6. Artefato pré-analítico. Elipse de pele (verticalmente) pinçada: o artefato recai exatamente sobre a área lesional (A) permitindo apenas diagnóstico intuitivo frustrante da lesão posto que a morfologia celular não pode ser apreciada (B).

Também no contexto dos artefatos pré-analíticos, vale mencionar os efeitos adversos sobre a morfologia tecidual consequentes à passagem da corrente elétrica nos diversos procedimentos em que ela é empregada (Fig. 1.7).

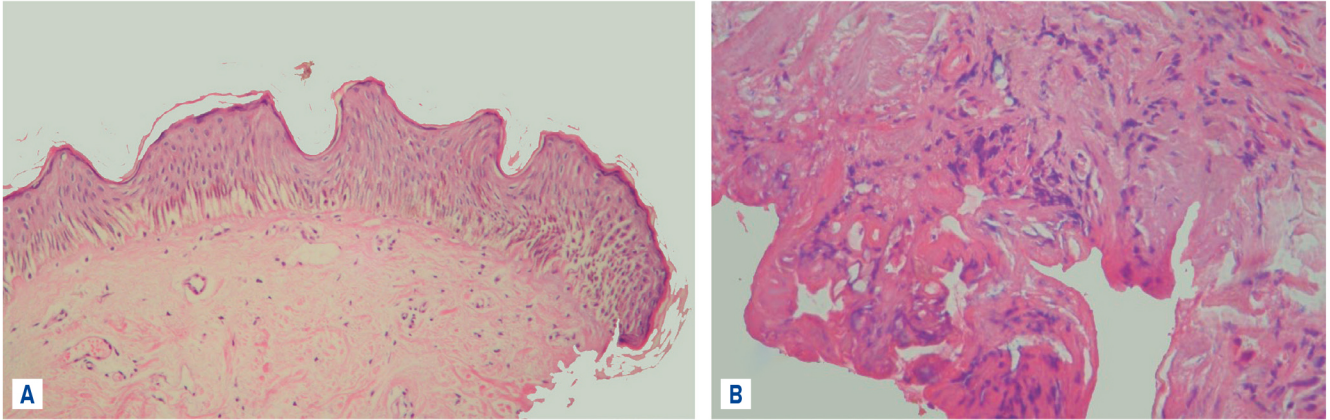


FIGURA 1.7. Artefato pré-analítico. Queratinócitos com núcleos verticalmente orientados e com edema intracelular (A), que podem resultar em vesículas, representam a passagem de corrente elétrica. Na derme, o efeito resulta em aspecto homogeneizado e empastado das células (núcleo e citoplasma) e das fibras colágenas (B), impedindo análise morfológica, por exemplo, ao se considerar o comprometimento de margens cirúrgicas por células tumorais.

Outras condições necessitam de retirada mais ampla, com bisturi, porque o tratamento ideal requer remoção completa, ou porque há necessidade de maior representação de tecido para que o diagnóstico seja alcançado. Por exemplo bolhas e pústulas devem ser retiradas, preferencialmente, íntegras. Ainda, eventualmente, em uma mesma amostra, mais de uma lesão poderá estar presente, e esse dado deve ser assinalado na requisição do exame para apreensão do fato durante a análise da peça fixada e para correta representação das lesões com investigação da eventual relação anatômica que possam ter (colisão) (Fig. 1.8).



FIGURA 1.8. Duas lesões em amostra única. Elipse de pele com melanoma centralmente situado e nevo melanocítico adjacente, à direita. Macroscopicamente, não há contiguidade entre as duas lesões, o que será confirmado no exame microscópico por meio de cortes e representação adequados.

O exame macroscópico de uma peça cirúrgica é ato importante. Os artefatos pré-analíticos precisam ser descritos. Amostras semelhantes em tamanho podem sofrer tratamento macroscópico distinto em função de suas próprias características físicas (cone murcho × cone armado) e do que se pretende valorizar na representação microscópica final do material clivado. Pode ser mais importante a observação de uma lesão no seu maior eixo, apesar do número limitado de cortes, do que a observação da mesma lesão picotada por cortes sucessivos. Imprecisões macroscópicas com certeza serão refletidas no resultado do exame.

Cabe considerar as limitações próprias do método anatomopatológico. A retirada de amostras ínfimas e/ou com lesões ainda mais ínfimas, pode ser justificada clinicamente, mas deve haver ciência de que estes tão diminutos fragmentos estarão mais sujeitos a não conclusão diagnóstica (Fig. 1.9) e a artefatos, como inclusões inadequadas (Fig. 1.10).

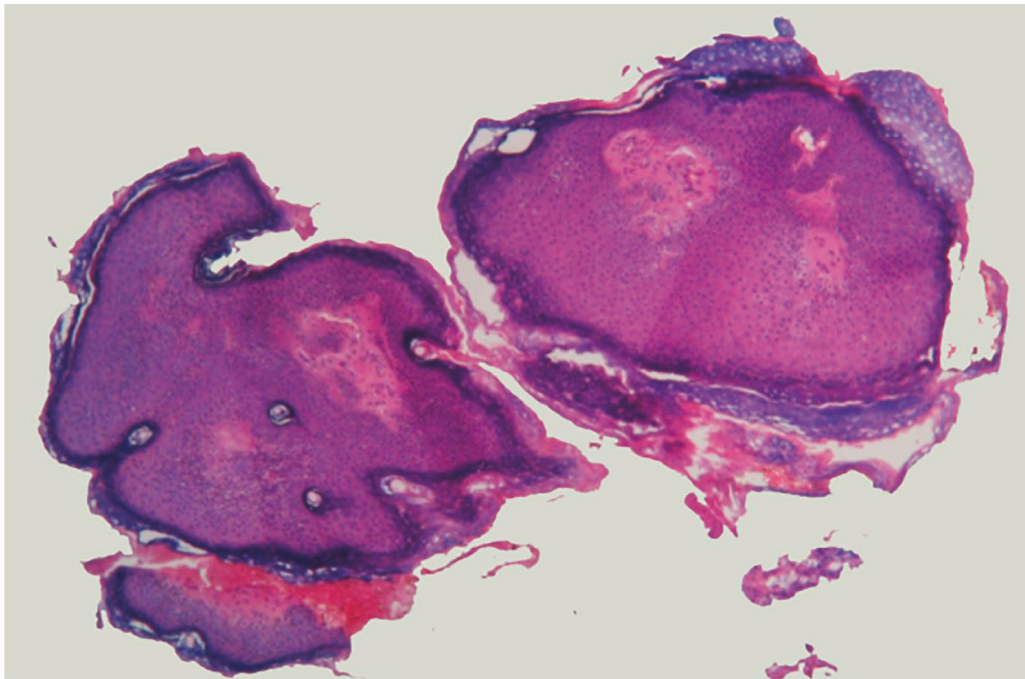


FIGURA 1.9. Amostra ínfima e superficial. Projeções papilomatosas tangenciadas de epiderme de amostra diminuta e superficial. Os aspectos podem ser colocados em contexto, mas não há representação histológica verdadeira de lesão.

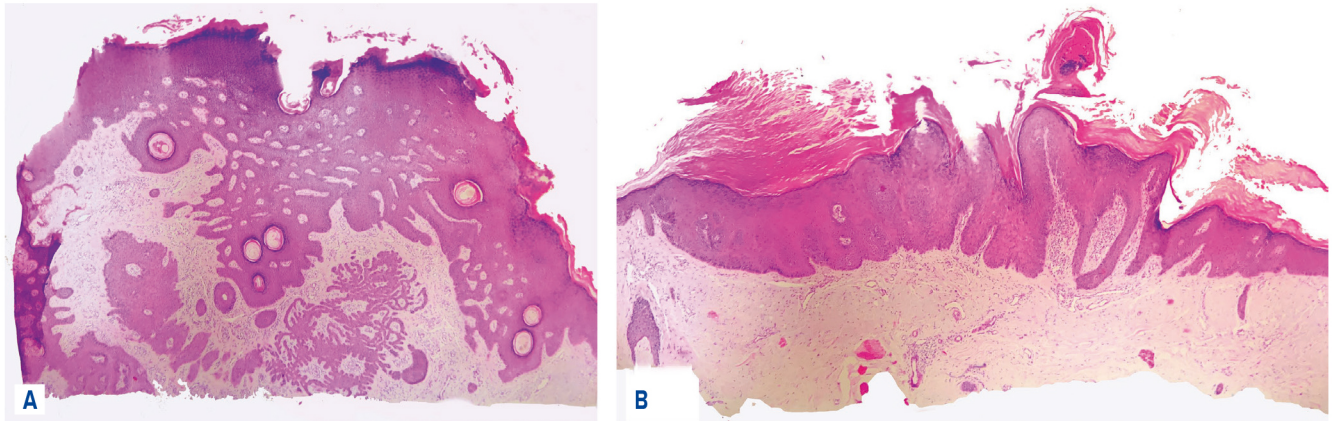


FIGURA 1.10. Amostra ínfima e superficial e efeito colateral. Corte único longitudinal da amostra resultou em fragmento tangenciado com prejuízo para análise interpretativa (A), aplicada apenas sobre a outra metade (B), corretamente incluída, cuja conclusão diagnóstica foi verruga vulgar.

Por fim, como as imagens histológicas não são matemáticas, não podemos renunciar à tão buscada correlação anatomoclínica que é iniciada com a requisição do exame, conforme já mencionado. A correlação anatomoclínica precisa existir com propriedade. É uma via de mão dupla: ou temos controle do “trânsito”, ou embarcaremos “numa furada”, lembrando que a “furada” anatomopatológica permanece, obrigatoriamente registrada e arquivada por anos.

As etapas do exame anatomopatológico, ainda que seguidas com rigor técnico, não abolirão completamente o caráter estocástico do método, que por sua vez também importará nos diagnósticos emitidos. Novamente, rotina de procedimentos bem estabelecida, confiança e empatia entre colegas, e correlação anatomoclínica poderão minimizar os efeitos dessa intrínseca aleatoriedade.

➔ Acesse a leitura complementar *on-line* em videos.dilivros.com.br

