



**XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTOTECNOLOGIA**  
**FORTALEZA - CE - 02/05 A 04/05/2019**



# **BIOPSIA DE PELE E SEU ESTUDO HISTOLÓGICO: PARA QUE SERVE? COMO FAZER?**

Dr. Igor Santos Costa



# **Declaração de Conflito de Interesse**

**Igor Santos Costa afirma não ter conflito  
de interesse a declarar**

# Qual a importância da dermatopatologia?

- O câncer de pele não melanoma (CBC e CEC) é o mais frequente no Brasil, cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no país;
- Apresentam baixa mortalidade, porém, se não tratados adequadamente, podem deixar mutilações bastante expressivas;
- Já o melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas da pele, porém aumenta a incidência a cada ano. Alta mortalidade!

# Qual a importância da dermatopatologia?

- A pele é frequentemente a forma mais rápida e fácil de se detectar uma doença sistêmica grave;
- A base do tratamento dos cânceres de pele melanoma e não-melanoma é a exérese com margens livres;
- Quadros de doenças inflamatórias crônicas cutâneas estão associados a sintomas de estresse emocional, particularmente insônia e ansiedade generalizada.

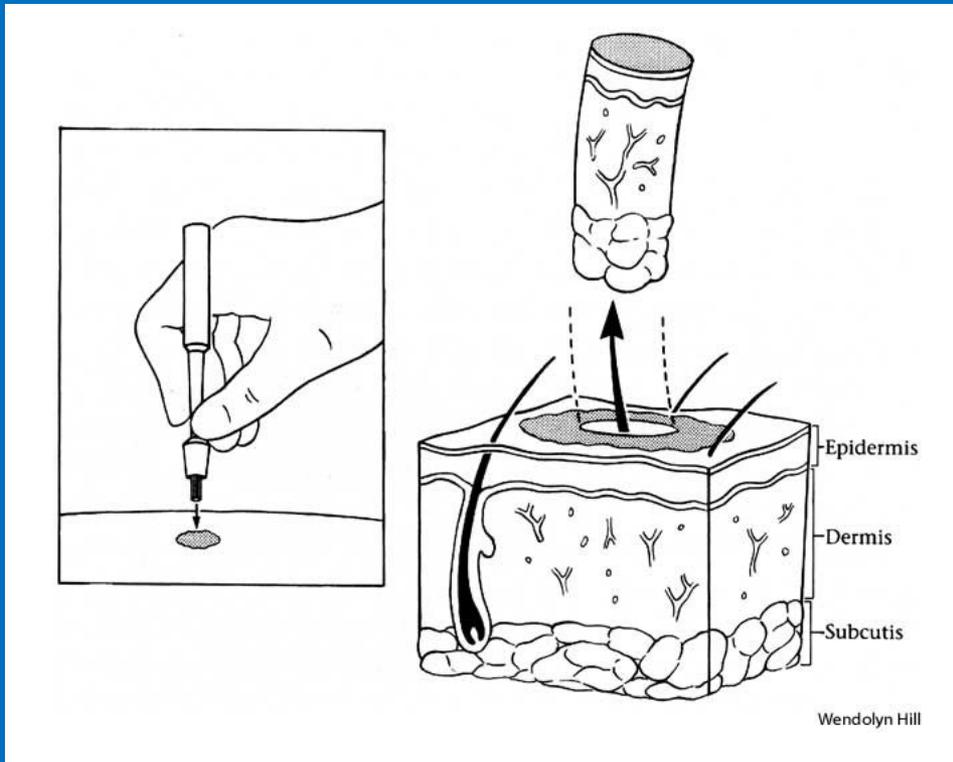


# Descrição das lesões

- Tamanho
  - “largura x comprimento cm na área e profundidade cm”
  - Punch: “0,4 cm de diâmetro por 0,5 cm de profundidade”
  - Múltiplos fragmentos polipoides num mesmo frasco:  
“Seis estruturas polipoides de pele variando de 0,2 x 0,2 x 0,1 cm a 0,6 x 0,3 x 0,2 cm”
- Distância das margens
- Configuração
  - Polipoide / pedunculado
  - Verrucoso
  - Queratótico (corno cutâneo)



# Biópsia por punch



## Indicações:

- Doenças inflamatórias
- Neoplasias

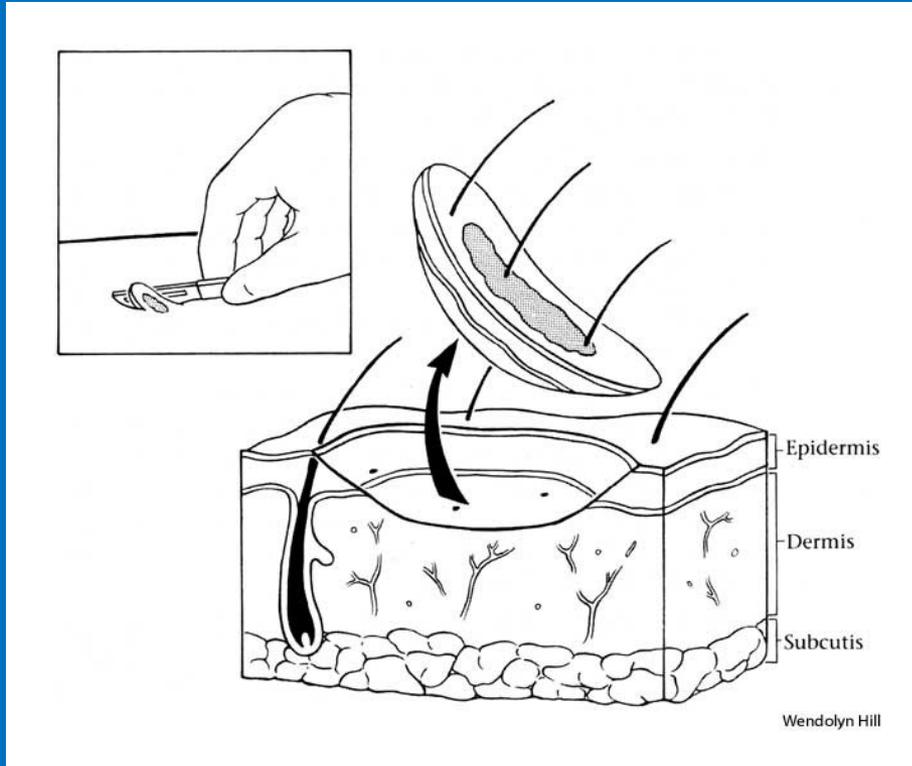
# Biópsia por punch



4 mm punch

- Medir e pintar
- $\leq 0,3$  cm: incluir sem seccionar
- 0,4 a 0,6 cm: seccionar em 2 partes
- $\geq 0,8$  cm: seccionar em mais partes (3 ou até mais)

# Biópsia por shave



## Indicações

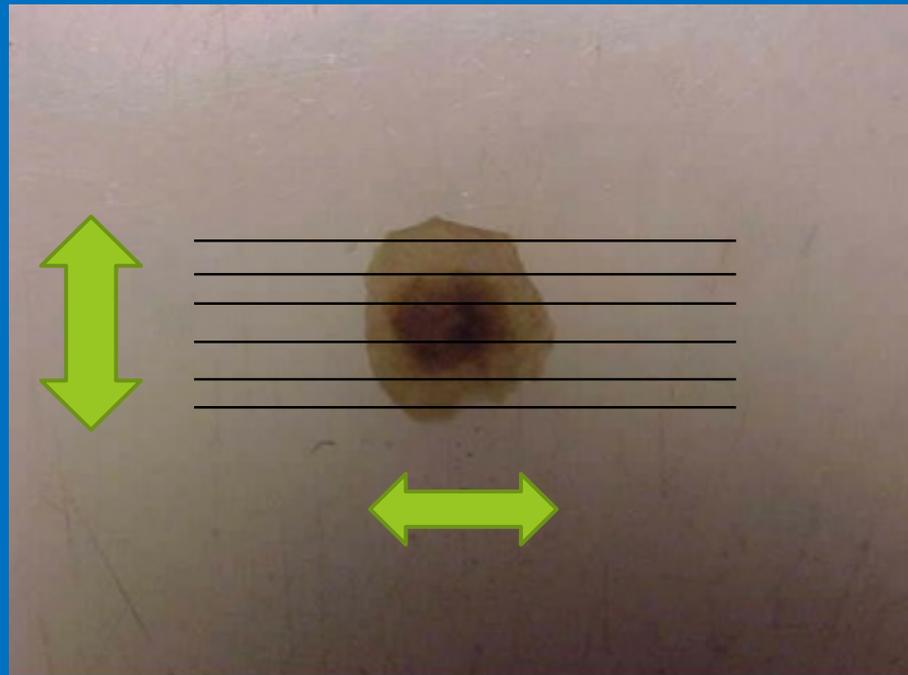
- Lesões epidérmicas
- Lesões melanocíticas

# Biópsia por shave

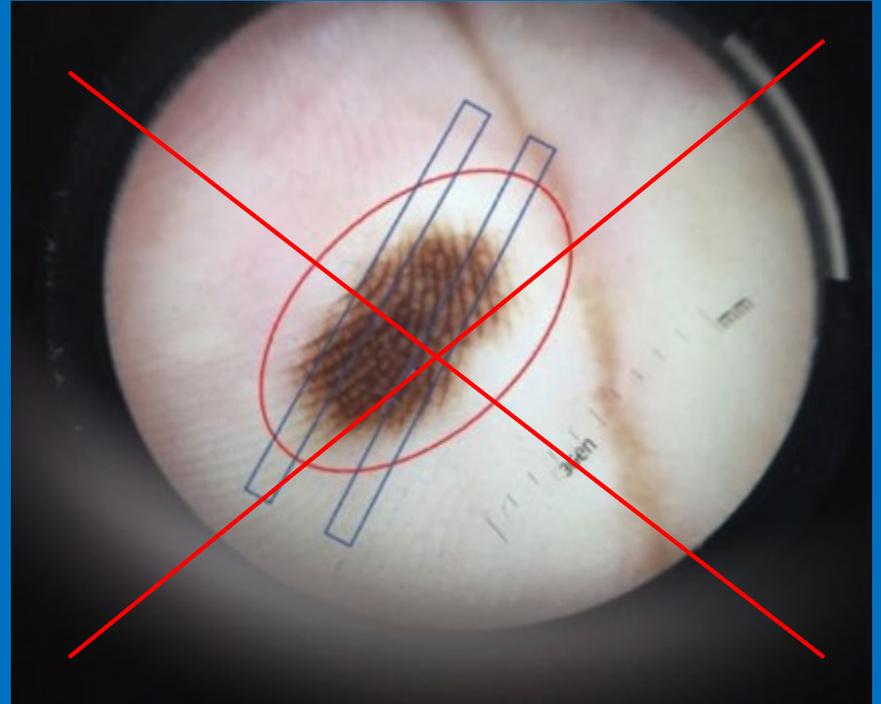
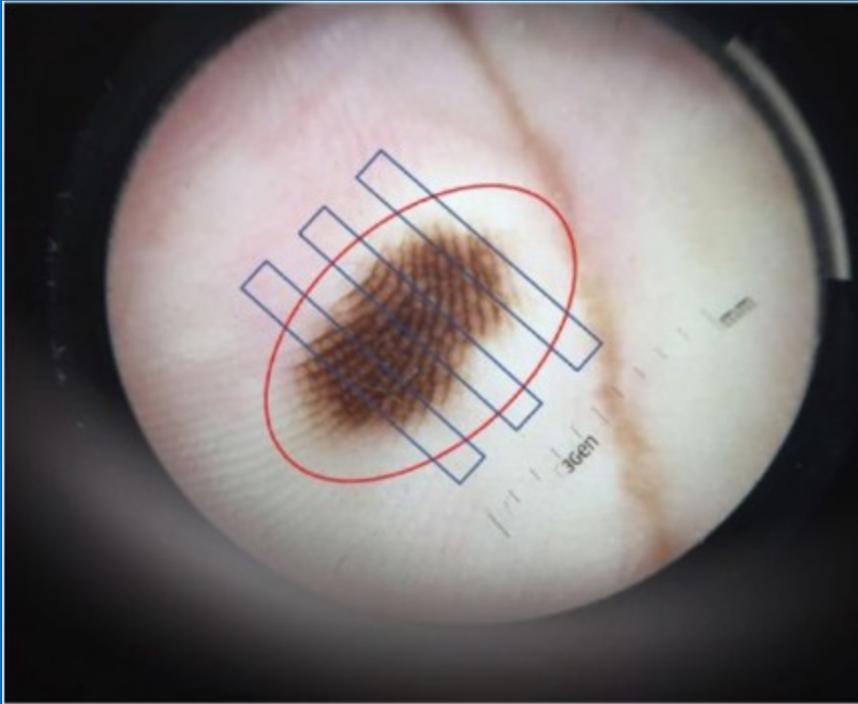


- Superfície mais profunda usualmente macia e brilhante;
- Descrever se há pápula e a distância dela para a superfície cutânea
- Cortar no maior eixo do shave (exceto se for lesão pigmentada, maior eixo da lesão)
- $\leq 0,3$  cm: incluir sem seccionar
- 0,4 cm: seccionar em 2 partes
- $\geq 0,5$  cm: seccionar em mais partes de 2 mm

# Biópsia por shave



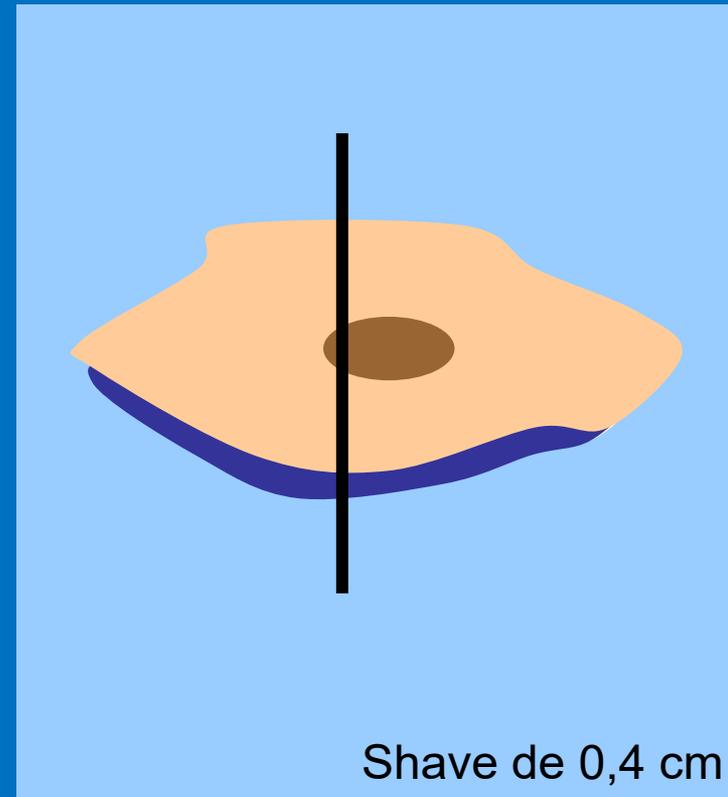
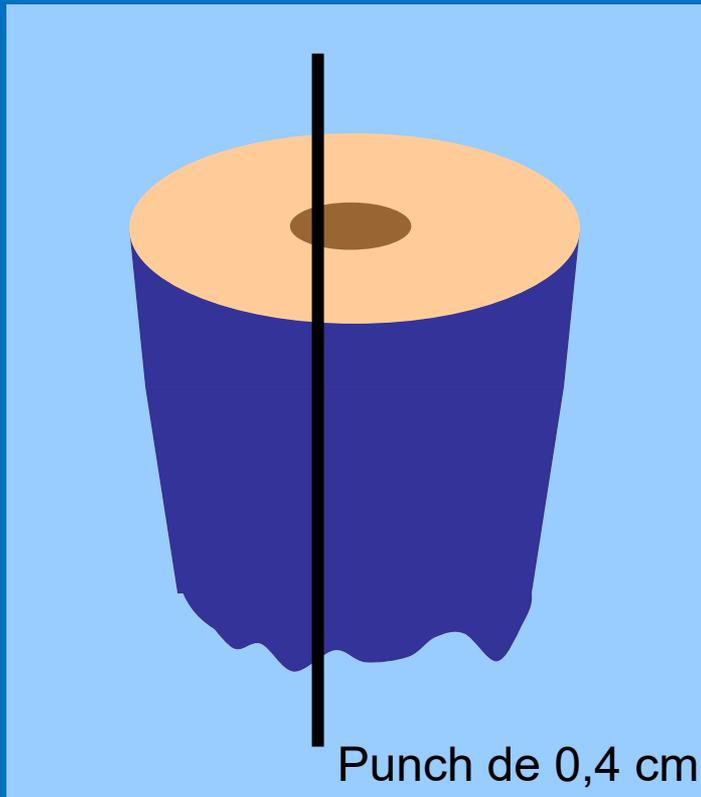
# Biópsia de lesões melanocíticas acrais



- Seguir perpendicular às linhas digitais, cortando-as.

# Biópsia de lesões pequenas

- Se a lesão é pequena ( $< 2,0\text{mm}$ ), seccionar for a do meio para não haver desgaste da lesão.

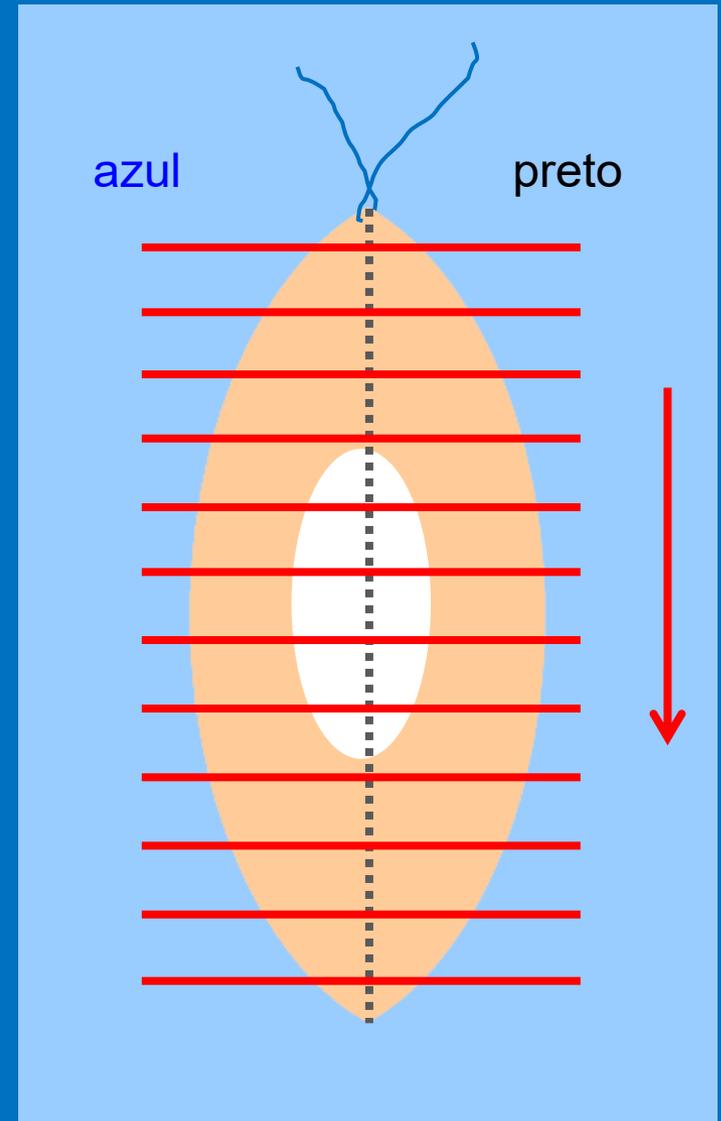


# Pequenas exéreses

- Usualmente elipses, às vezes oval ou redondo;
- Pequenas lesões menos agressivas:
  1. CBC e CEC
  2. Nevo displásico
  3. Melanomas *in situ* ou finos
- As pontas devem ser pequenas e afastadas da lesão;
- Cortes entre 3 a 4 mm;
- Incluir todo o espécime

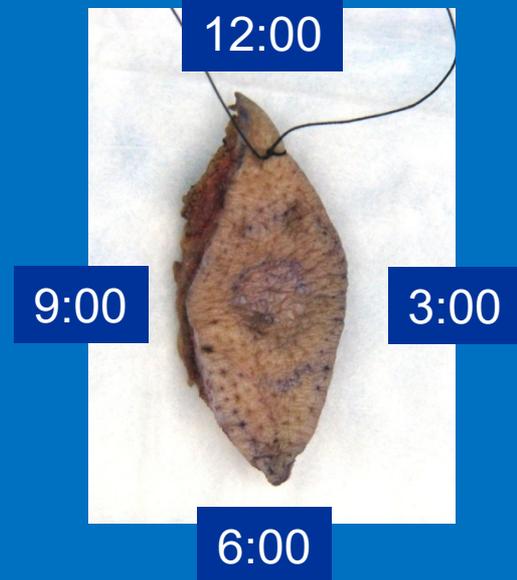
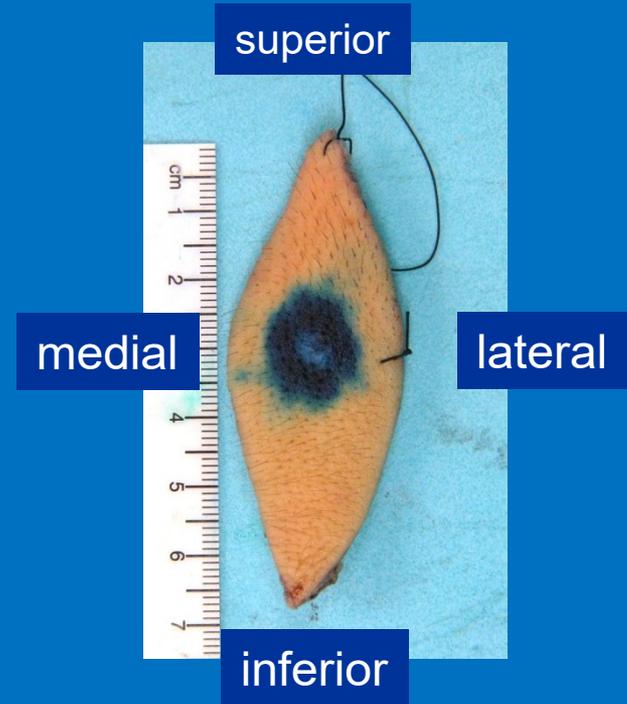
# Pequenas exéreses

- Não orientadas:
  - Pintar com 1 cor;
  - Ambas as pontas em 1 cassete, corpo da lesão em outro;
- Orientado:
  - Pintar com 2 cores;
  - Primeira ponta no cassete #1, corpo em ordem sequencial, segunda ponta no último cassete.



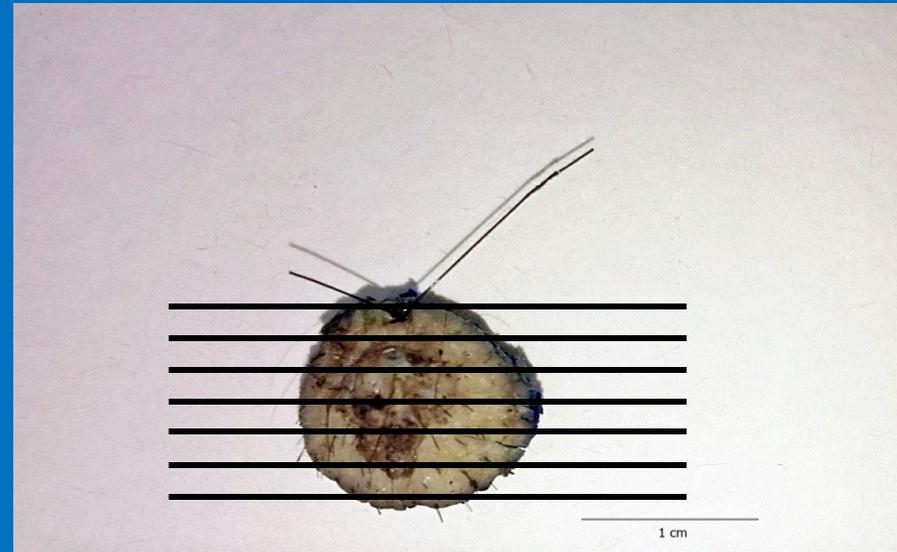
# Orientação

- Usar a terminologia do cirurgião sempre que possível;
  1. Ex: “fio longo = superior, fio curto= lateral”;
- Se houver apenas 1 fio, sugerimos utilizar o ponteiro do relógio como padrão



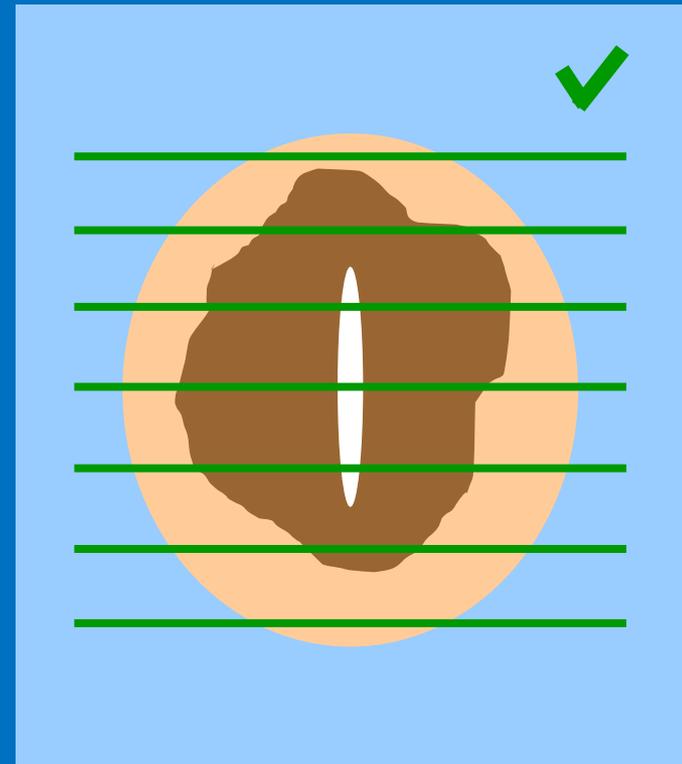
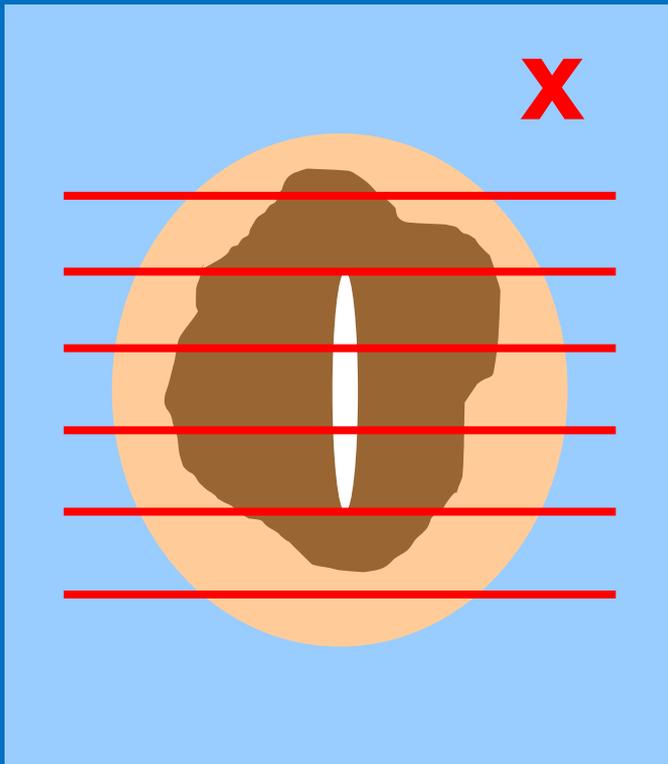
# Pequenas ressecções ovais/redondas

- Pintar e seccionar assim como nas elipses;
- “pontas” = exíguas
  - Qualquer célula tumoral presente nas pontas vai requerer múltiplos níveis até se chegar na margem verdadeira



# Ressecções redondas

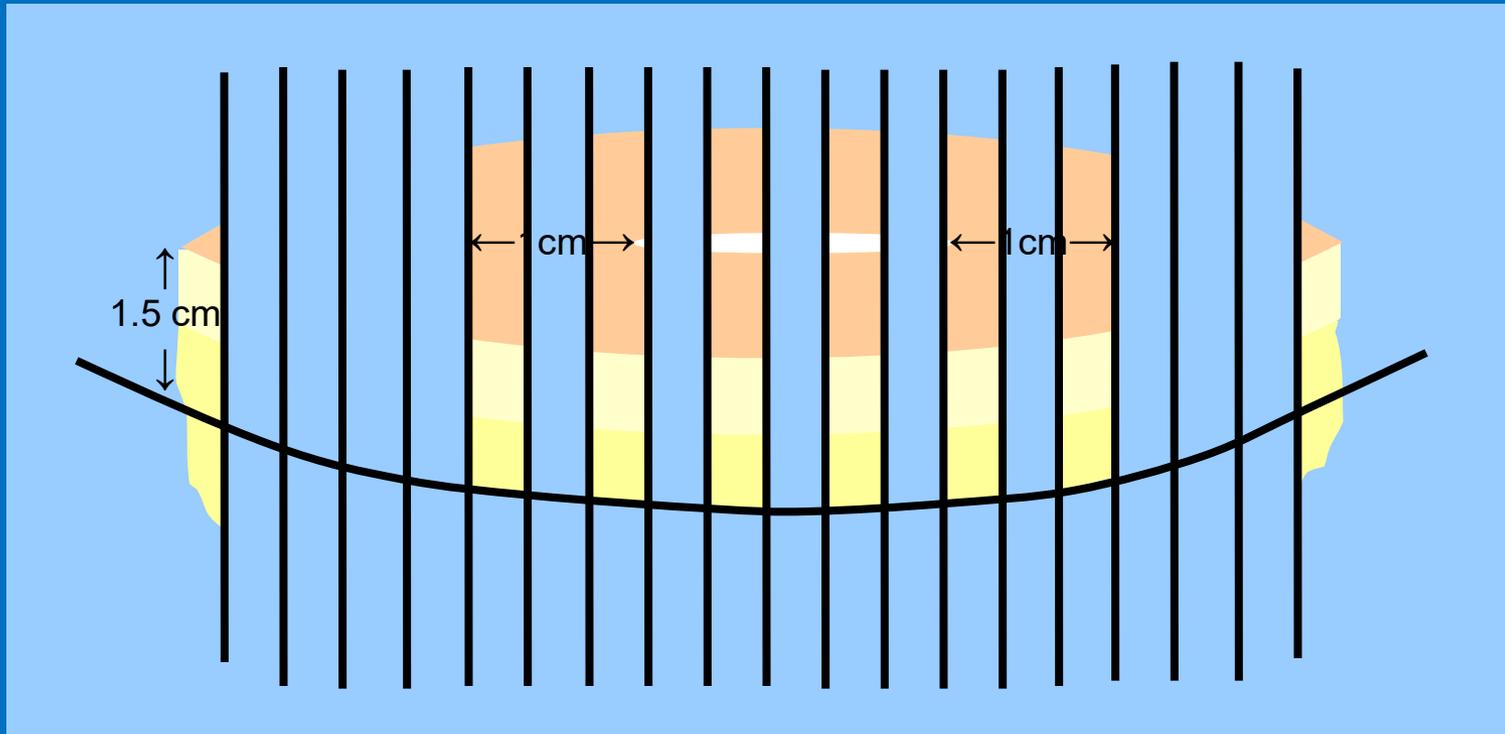
- Mantenha as pontas o mais finas e pequenas possíveis para evitar de cortar lesões subclínicas



# Grandes Elipses

- Frequentemente o corte do fragmento não cabe em um cassete;
- São vistos em tumores profundos e agressivos:
  - Melanoma espesso (Breslow acima de 1,0 mm)
  - Carcinoma de células de Merkel (CCM)
  - Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP)
- Checar a ressecção anterior para ver as margens!
- Comum a grande quantidade de tecido adiposo – representar estrategicamente

# Grandes elipses

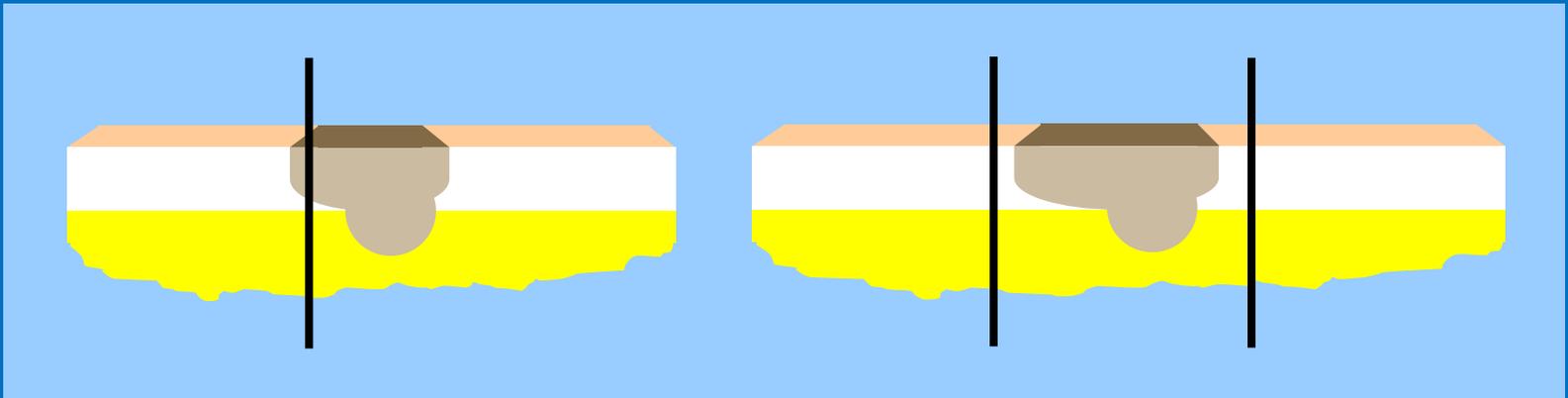


# Grandes elipses

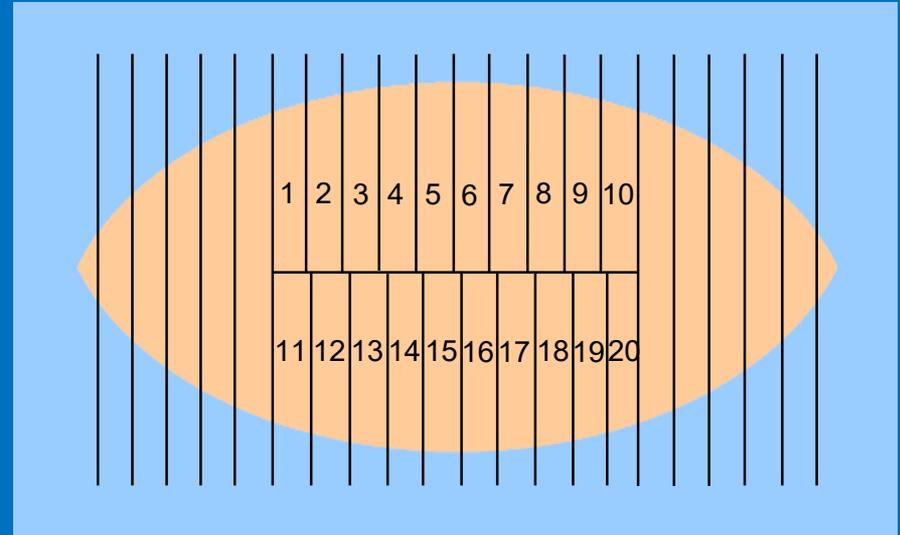
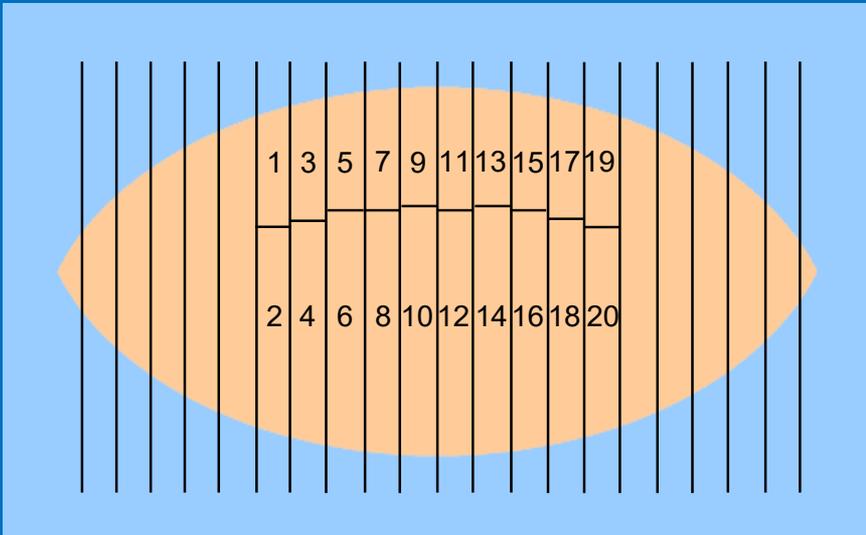
1. Medir, descrever e pintar;
2. Separar a lesão central/cicatriz:
  - 1 cm de pele normal em ambos os lados;
  - Retirar o excesso de tecido adiposo (1,5 cm da superfície da pele);
  - Seccionar em 2 ou 3 partes os cortes que são muito grandes para o cassete;
3. Incluir as pontas e o centro sequencialmente;
4. Na ressecção anterior, checar as margens. Se livres, incluir 1 de cada 2 cortes da porção central;
5. Cortar em série e avaliar a superfície de cortes; incluir qualquer lesão adicional identificada (ex. nódulos satélites).

# E se o corte for muito grande para inclusão no bloco?

- Cortar em 2 ou mais partes (fora do meio se possível)
  - Para preservar o centro do tumor, onde usualmente o tumor é mais espesso (evite cortar no meio!);
  - Colocar os 2 fragmentos no mesmo cassete se couber ou;
  - Colocar os 2 fragmentos em cassetes sequenciais e identificá-los como de um mesmo corte.



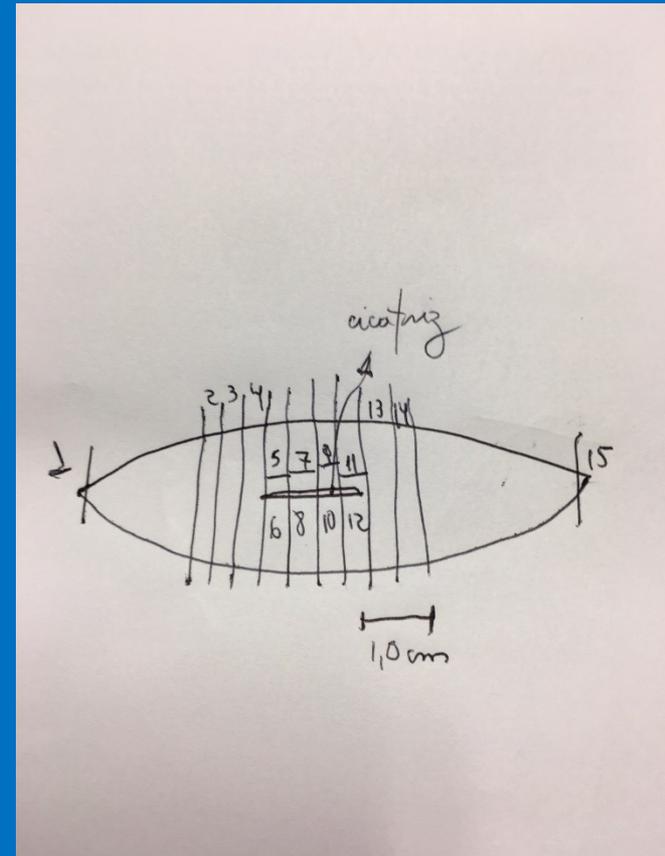
# E se o corte for muito grande para inclusão no bloco?



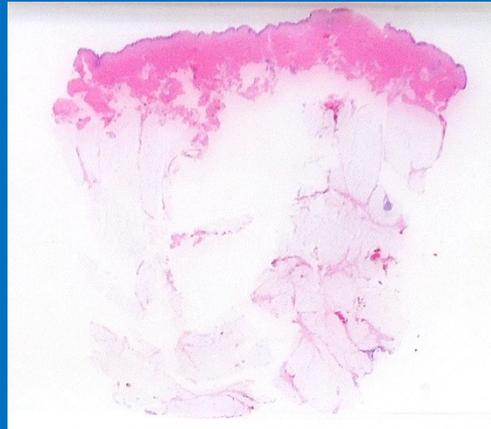
Não cortar o fragmento antes de fatiar o retalho!

# Mapas de macroscopia

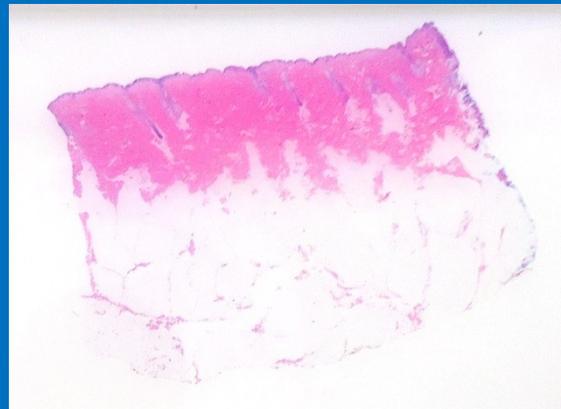
- Ajuda bastante e muito recomendado para peças grandes



Muito tecido adiposo, muitos artefatos...



Quando retiramos a gordura além de 1,5 cm da superfície...



# Grandes exéreses para DFSP

- Incluir todo o tumor se couber em < 30 blocos;
- Se acima disto, consultar médico patologista:
  - Seccionar todo o tumor.
  - Observe se há áreas de necrose ou com aspecto diferente (desdiferenciação = fibrossarcoma).
  - Amostragem adequada das margens mais próximas;
  - Infelizmente é comum margens comprometidas.

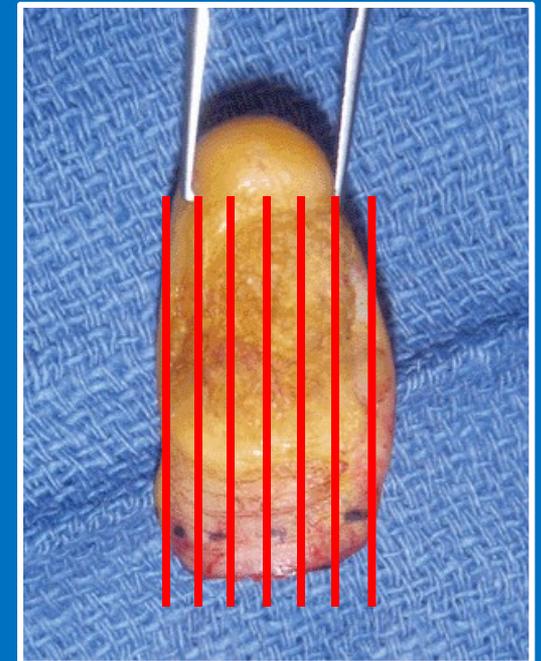
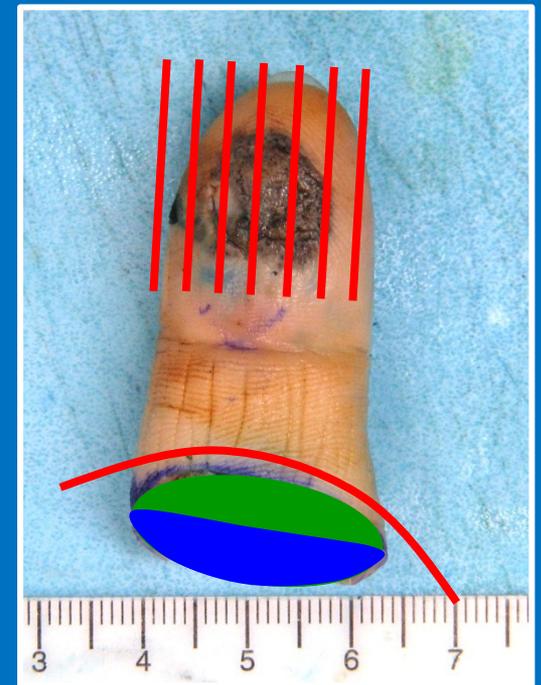
# Excisões complexas e irregulares

- Ressecções da cabeça e pescoço (porções da pálpebra, orelha, lábios, vulvectomy, etc.
- Macroscopia varia de caso a caso;
- Consultar patologista e discutir o caso.

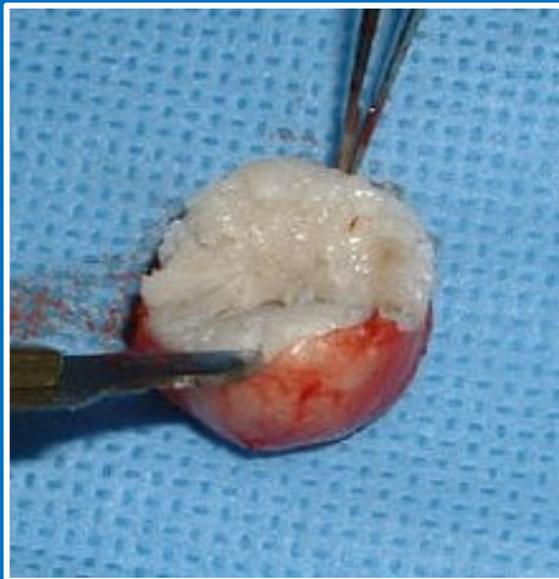


# Amputações

- Pintar a margem de ressecção com 2 cores
  - Medial x lateral ou Dorsal x ventral
- Se lesões distantes ( $> 2$  cm) da margem:
  - Fazer um shave da margem da pele e partes moles;
  - Shave da margem óssea se houver suspeita de invasão do osso (ver macroscopia e laudo prévio, se houver);
  - Secções perpendiculares de toda a lesão e sua interface com a pele sã;
  - Incluir de 1 a 2 secções do tumor com o osso subjacente (se houver suspeita de invasão óssea).
- Se lesões próximas ( $< 2$  cm) à margem:
  - Cortes perpendiculares para inclusão de toda a margem.



# Exérese de cistos



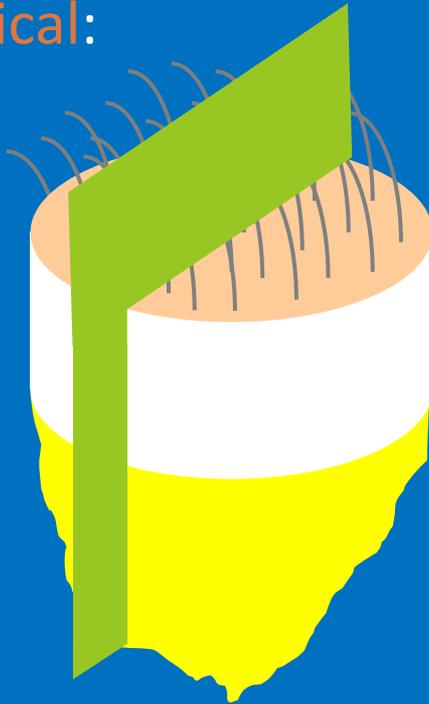
- Observar se há epiderme;
- Medir e pesar;
- Procurar pela cavidade cística e seu conteúdo (cisto epidérmico -cheiro peculiar!)
- Cisto encontrado:
  - Descrever o conteúdo cístico ex. “material pastoso e branco”;
  - Incluir de 2 a 3 fragmentos;
  - Retirar com cuidado parte do conteúdo cístico se possível.
- Sem cisto:
  - Descrever: nódulo sólido? Dar distância da margem mais próxima;
  - Incluir todo o fragmento

# Alopecias

- Consenso geral de 2 bxs, uma para cortes verticais e outra para horizontais;
- Falar com patologista, caso venha apenas uma amostra;
- Atenção às seguintes terminologias:
  - Punch do couro cabeludo/escalpo
  - “AA” [alopecia areata ou alopecia androgenética (AAG)]
  - LED (Lupus eritematoso discoide)
  - LPP (liquen planopilar)
  - AFF (alopecia frontal fibrosante)
  - ACCC (alopecia central centrífuga cicatricial)
  - Efluvio telógeno
  - Foliculite decalvante
  - Tricotilomania

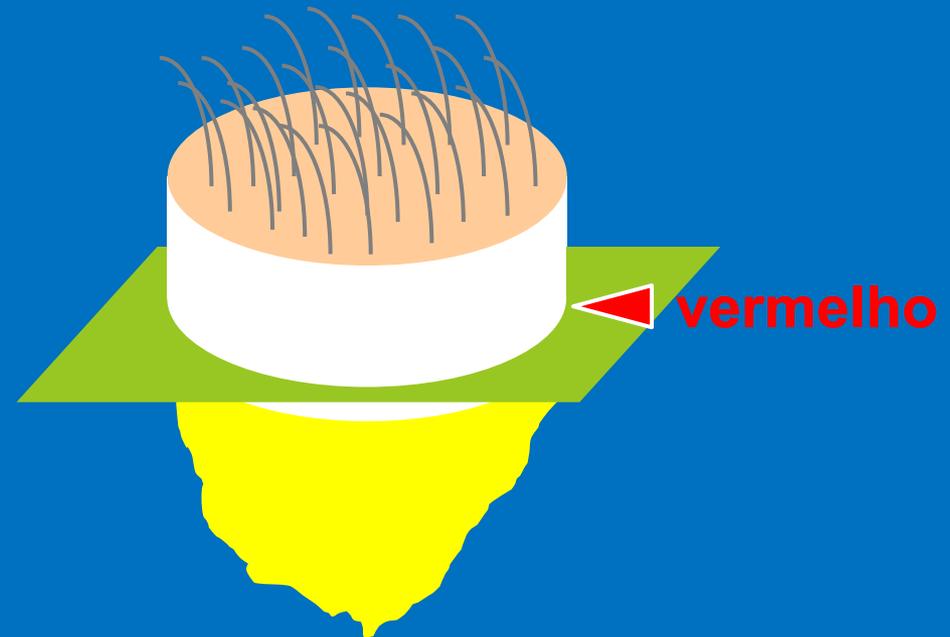
# Alopecias – punch 4 mm (padrão ouro)

Vertical:



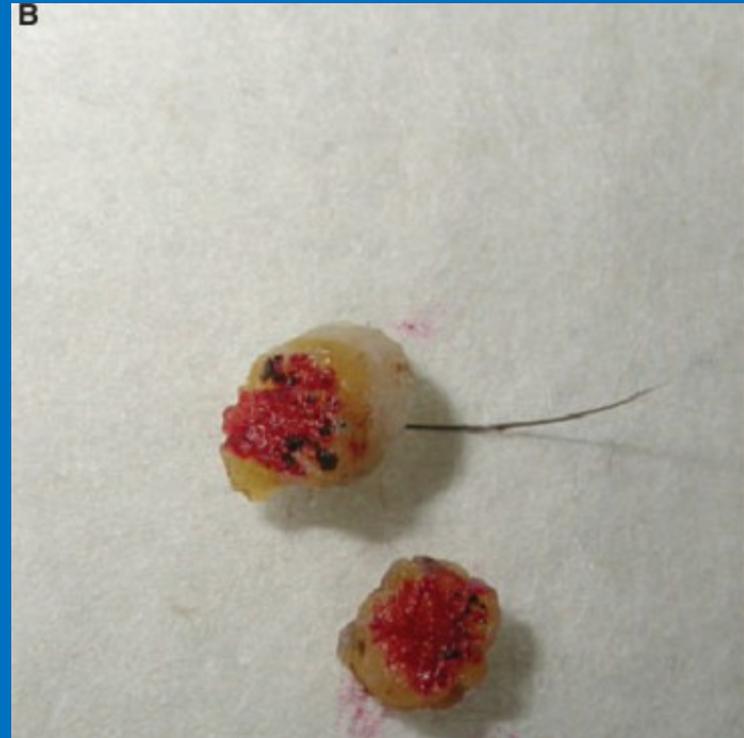
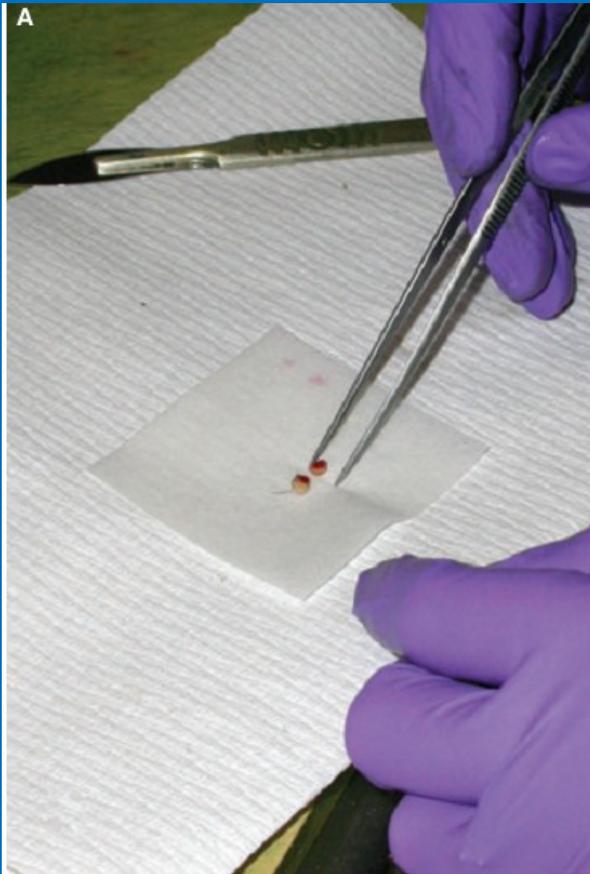
1. Pintar margens
2. Seccionar
3. Por a superfície para baixo
4. 6 níveis

Horizontal:

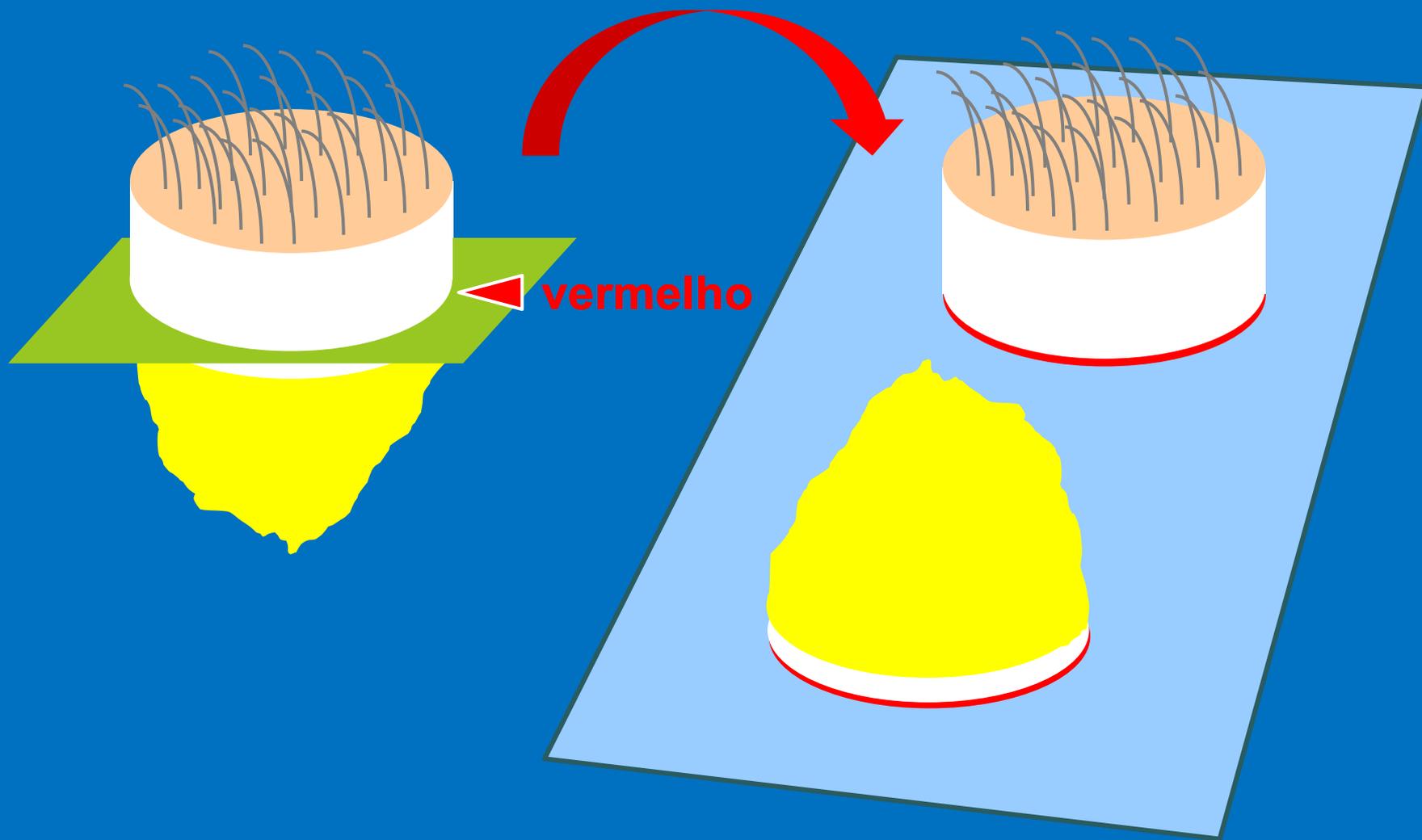


1. Cortar aprox. 1 mm acima da junção derme-subcutâneo
2. Pintar a superfície de corte de vermelho
3. Superfície de corte para baixo
4. 6 níveis

# Alopecia: corte horizontal

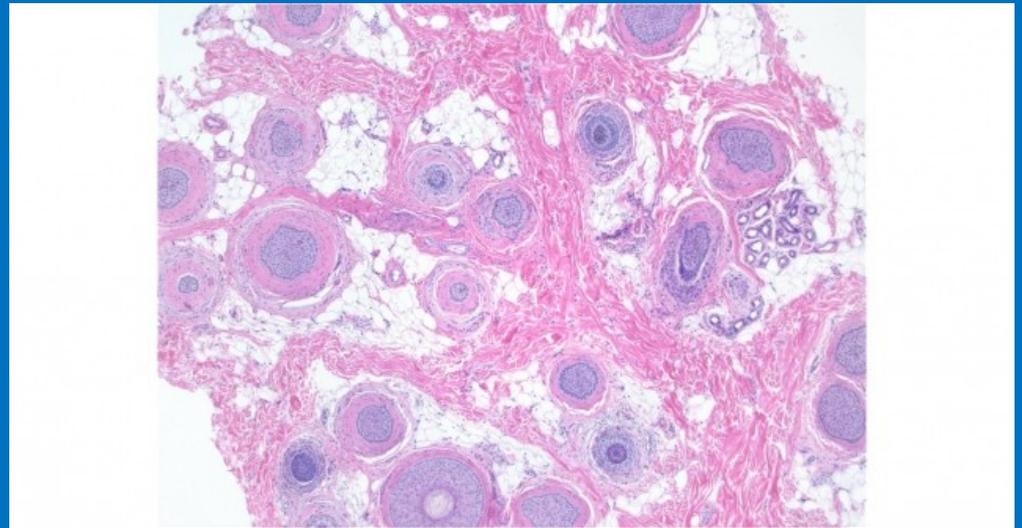


# Alopecia: corte horizontal

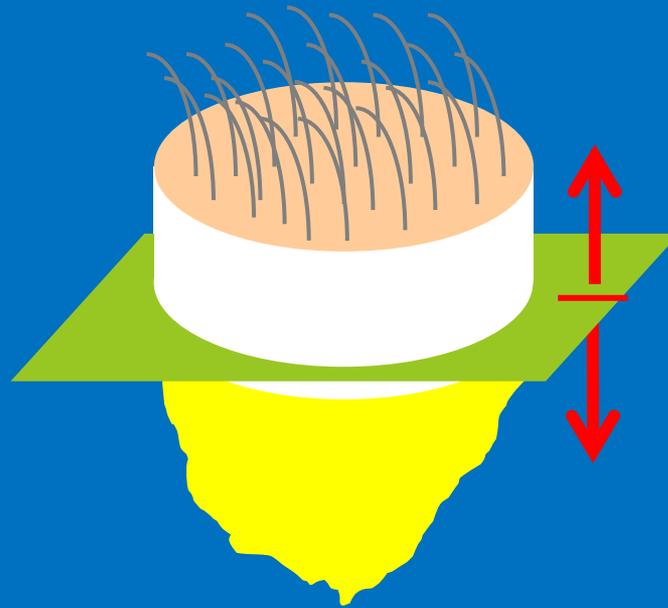


# Alopecia: corte horizontal

- Todos os pelos estarão representados
- Possibilita contagem de pelos e relação entre:
  1. Terminal x velus
  2. Anágeno x catágeno/telógeno



# Alopecia: corte horizontal



N1

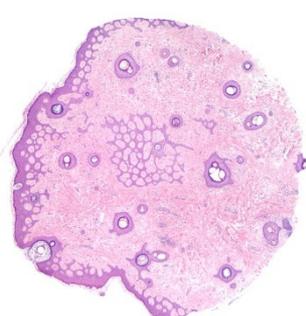
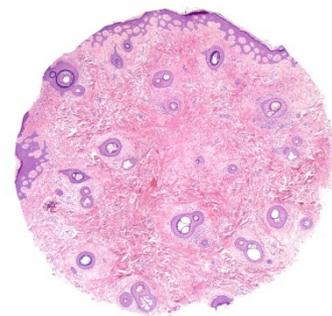
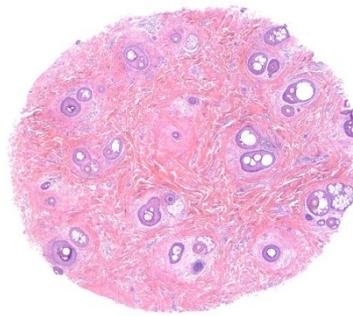
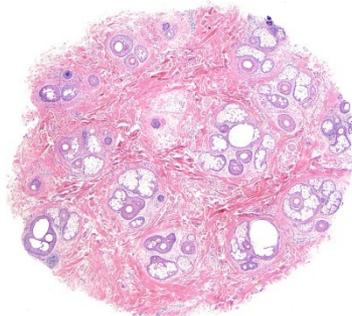
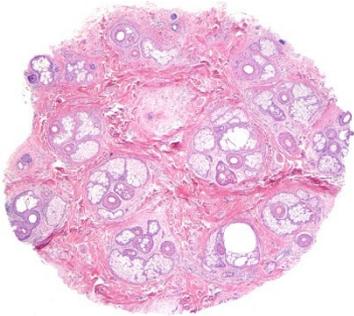
N2

N3

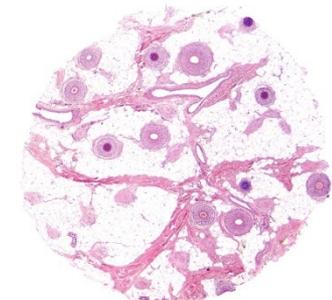
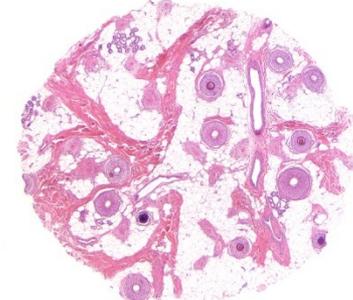
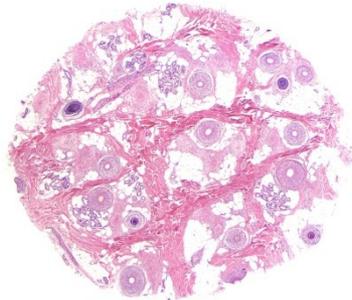
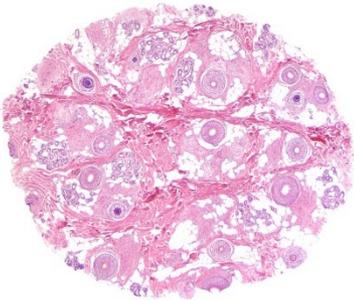
N4

N5

topo



fundo

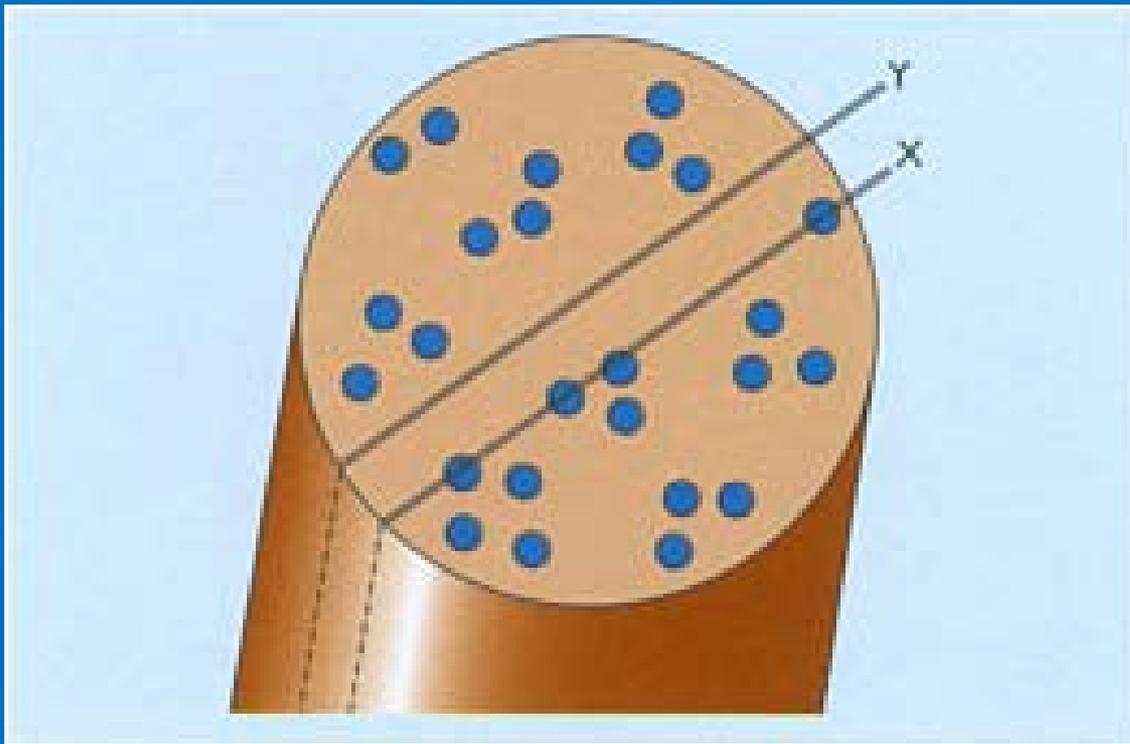


# Alopecia: corte vertical

- Visualiza toda a extensão do folículo piloso
- Melhor (?) para visualizar o local onde há alteração do pelo:
  1. Epiderme
  2. Ístmo
  3. Bulbo



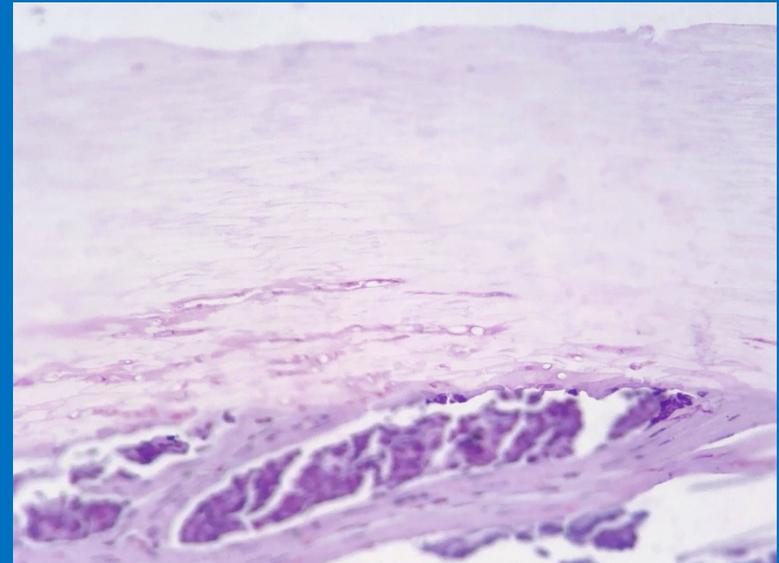
# Horizontal ou Vertical???



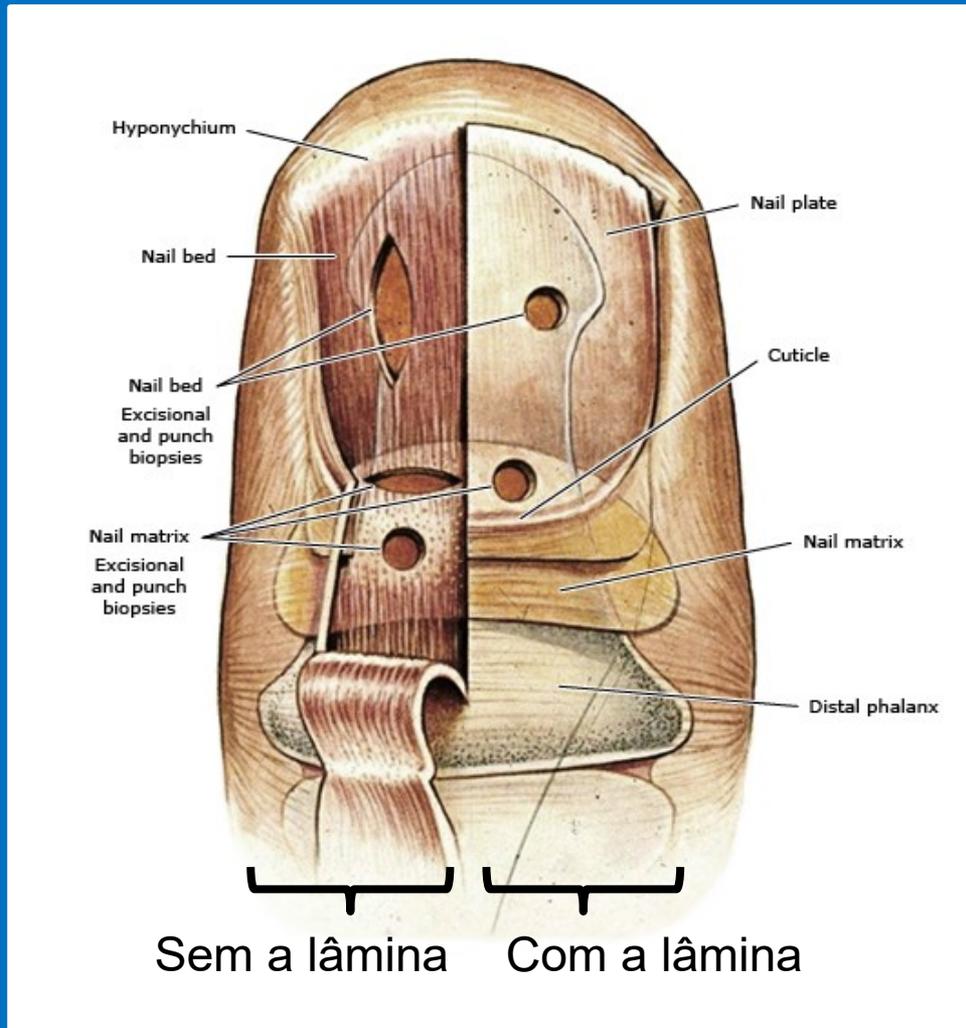
PERGUNTE AO PATOLOGISTA RESPONSÁVEL!!!

# Clipping ungueal

- Contém apenas a lâmina ungueal
- Maioria dos casos para avaliar a presença de fungos;
- Incluir tudo (e mais os debrís dentro do frasco)
- Não se descalcifica!!!
- Várias técnicas de amolecimento.
- Atenção se vier o punch no frasco!



# Biópsia do leito e da matriz ungueal



# Mensagens finais!

- Deixe as pontas das elipses pequenas e distantes do tumor;
- Faça cortes entre 2 a 3 mm;
- Evite tecido adiposo em excesso nos cortes;
- Procure se há laudos prévios em grandes exérese;
- Desenhe mapas de macroscopia;
- Corte e auxilie na inclusão adequada das bxs de alopecia;
- Peça PAS em todas as bxs de unha!

Obrigado



[igor.costa@argospatologia.com.br](mailto:igor.costa@argospatologia.com.br)