



TED 2ª Fase 2026 · Revisão Final

AP · Hanseníase · Oncologia · Bolhosas · Micologia · Dermoscopia · Cirurgia ·
Colagenoses · Infeciosas · Farmacologia

11 TEMAS · PROVAS 2020–2025

► **Regra de ouro da 2ª fase:** mais de 70% das questões exigem leitura de imagem histopatológica — isolada ou combinada com clínica/dermoscopia. Treinar reconhecimento de padrão é mais rentável que qualquer outra revisão.

Padrões dermatopatológicos — os 6 que mais caem

↑ TODO ANO

Padrão	Achados principais	Doenças-chave
Espongiótico	Edema intercelular → vesículas intraepidérmicas	DA aguda, eczema, PV pitiriásico
Psoriasiforme	Acantose regular, paraceratose seca, microabscesso de Munro, hipogranulose, pústula de Kogoj	Psoríase, PRP, líquen crônico
Interface vacuolar	Vacuolização basal + corpos apoptóticos (Civatte) + infiltrado superficial	LE, eritema multiforme, LECSA, LECA
Interface liquenoide	Infiltrado em faixa densa + degeneração basal + corpos colóides + incontinência pigmentar	Líquen plano, LED, erupções liquenoides
Granulomatoso	Granulomas (sarcoidal / tuberculoide / paliçada / supurativo)	Sarcoidose, GA, NL, TB, hanseníase
Vasculítico	Neutrófilos no vaso, cariorrexe, hemácias extravasadas, necrose fibrinoide	Vasculite leucocitoclástica, PAN

Espongiótica

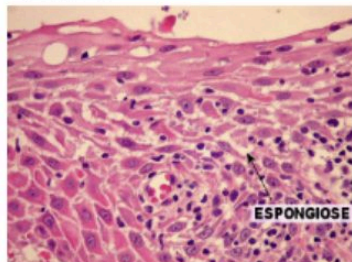


Imagem 1

Psoriasiforme

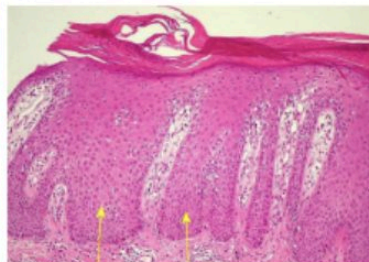


Imagem 2

Interface

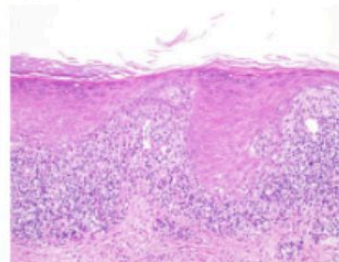


Imagem 3

Granulomatosa

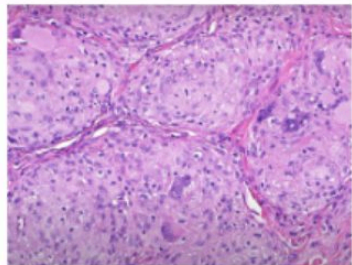


Imagem 4

Vesicopolítica

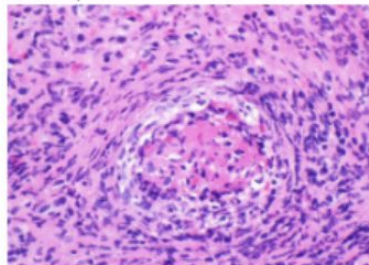


Imagem 5

Vesicobolhosa

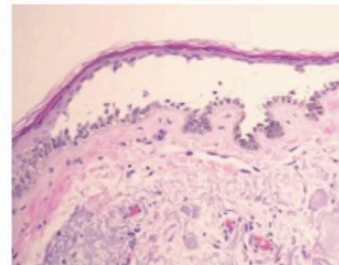
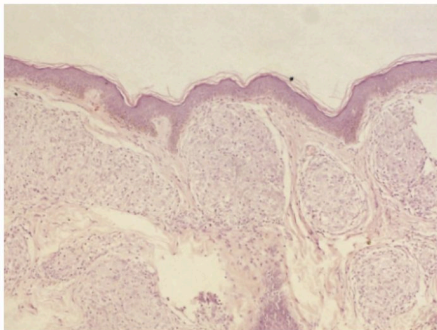


Imagem 6

Imagens 1 e 2 do site didático de Anatomia Patológica da FCM-UNICAMP, reproduzidas por permissão.
Imagens 3 à 6 cedidas pelo Dr. Jerad M. Gardner, reproduzidas com permissão.

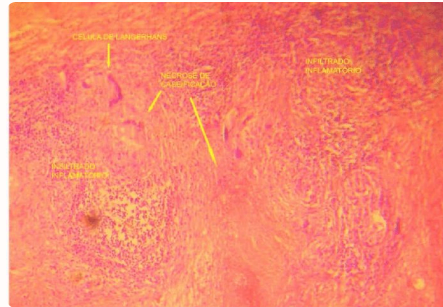
Imagens 1-2: site didático de Anatomia Patológica da FCM-UNICAMP · Imagens 3-6: Dr. Jerad M. Gardner — reproduzidas com permissão.

Tipo	Células gigantes	Necrose	Coloração	Doença
Sarcoidal	Asteroide · Schaumann	Rara	Alcian negativo	Sarcoidose
Tuberculoide	Langhans	Central (caseosa)	ZN/Fite	TB · Hanseníase TT
Necrobiótico	Ocasionais	Necrobiose (não caseosa)	Verhoeff (↓ elásticas)	GA · Necrobiose lipóidica
Corpo estranho	Núcleos desordenados	Não	—	Material exógeno
Supurativo	Com abscessos centrais	Neutrófilos	PAS / Grocott	Cromoblasto · Esporotricose
Xantogranulomatoso	Células de Touton	Não	CD68+	XGJ · Histiocitoses

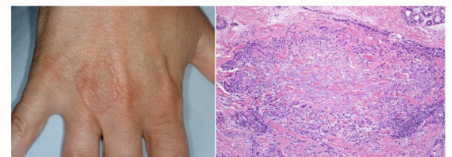


Anatomopatológico de Sarcoidose – Imagem cedida pelo Dr. Jan R. Mekkes, reproduzida com permissão.

Sarcoidal – Sarcoidose

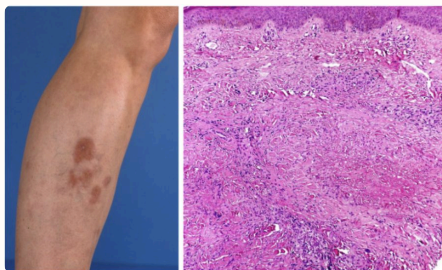


Tuberculoide

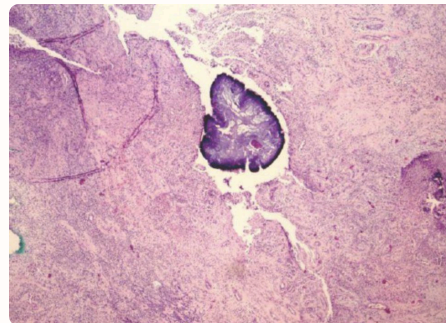


à esquerda: imagem cedida pelo Dr. Jan R. Mekkes, reproduzida com permissão; à direita: histopatologia - cedida pelo Dr. Jerad M. Gardner, reproduzida com permissão.

Necrobiótico – Granuloma anular



Necrobiótico – Necrobiose lipóidica

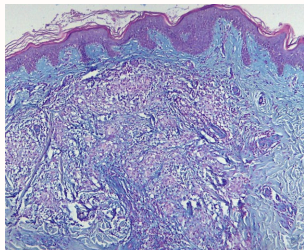


Corpo estranho

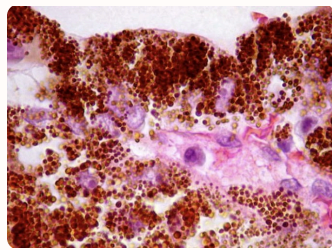
Coloração	Identifica	Doença
Alcian blue / Azul de Toluidina	Mucina (azul)	LE túmido · Escleromixedema
Vermelho do Congo	Amiloide → verde sob luz polarizada	Amiloidose macular
Verhoeff / van Gieson	Fibras elásticas (preto)	PXE · Elastose perforante · GA
PAS	Fungos · glicogênio · mb basal	Tinea · EB · Mucormicose
Fontana-Masson	Melanina	Melanoma · melanocitoses
Ziehl-Neelsen / Fite	BAAR (M. leprae · M. tuberculosis)	Hanseníase · TB cutânea
Grocott	Fungos (parede fúngica)	Micoses profundas
Tricrômio de Masson	Colágeno (azul) · músculo (vermelho)	Pileleiomioma · fibrose

△ PEGADINHA TED 2025 Q1

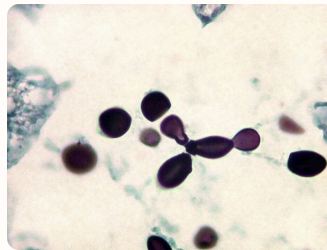
Alcian blue = amiloidose · **Alcian blue = mucina (LE túmido)**. Congo = amiloide (verde sob luz polarizada).



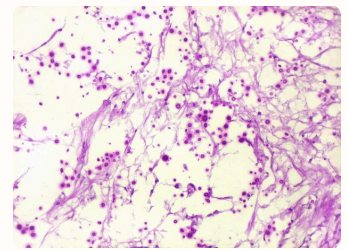
Alcian blue
Mucina (azul) — LE túmido



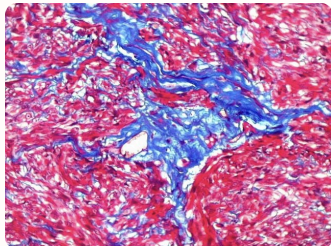
Fontana-Masson
Melanina (preto)



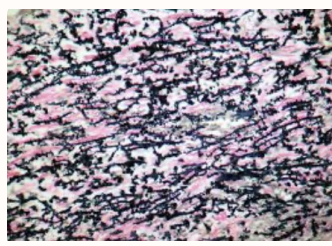
Grocott
Parede fúngica (preto)



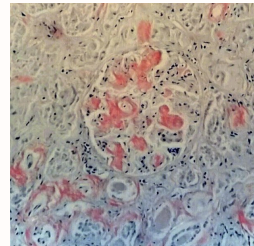
PAS
Fungos · glicogênio · MB



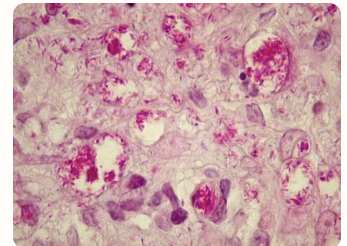
Tricrômio de Masson



Verhoeff
Fibras elásticas (preto)

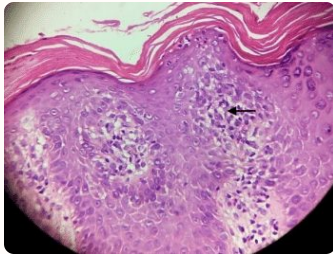


Vermelho do Congo
Amiloide — verde à luz polarizada

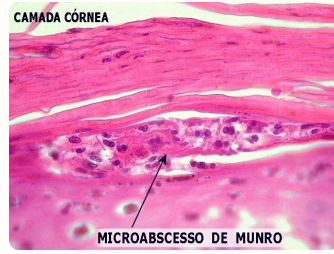


Ziehl-Neelsen / Fite
BAAR — hanseníase · TB

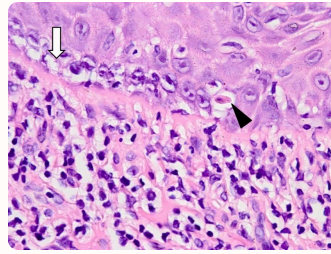
- **Pústula espongiiforme de Kogoj**: neutrófilos na camada espinhosa superior · psoríase pustulosa · acrodermatite pustulosa.
- **Microabscesso de Munro**: neutrófilos na camada córnea · psoríase · paraceratose seca acima.
- **Corpos de Civatte**: queratinócitos apoptóticos eosinofílicos · LP · interface liquenoide.
- **Disqueratose acantolítica**: corpos redondos + grãos · nível granulosa · Darier · Hailey-Hailey.
- **Células multinucleadas gigantes**: herpes / varicela · balão citoplasmático.
- **Corpos de Henderson-Patterson**: inclusões citoplasmáticas eosinofílicas · molusco contagioso.
- **Globias (células de Virchow)**: histiócitos espumosos cheios de M. leprae · LL.
- **Corpos muriformes (Medlar)**: células esclerotizadas marrons · cromoblastomicose (diagnóstico).



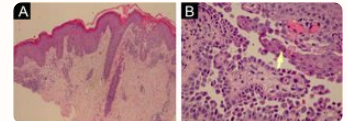
Pústula espongiiforme de Kogoj



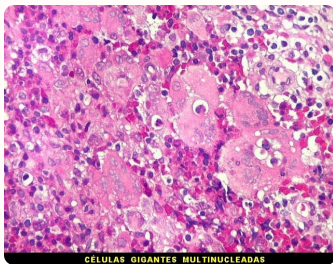
Microabscesso de Munro



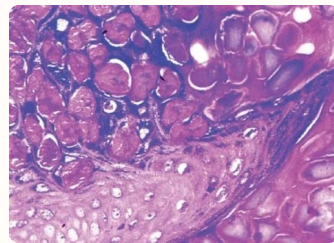
Corpos de Civatte (líquen plano)



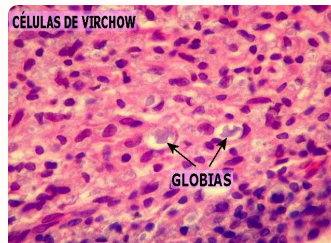
Disqueratose acantolítica (Hailey-Hailey)



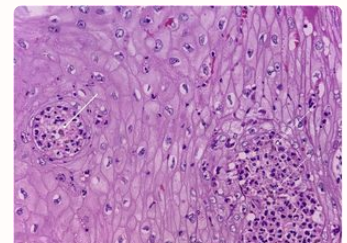
Células multinucleadas gigantes



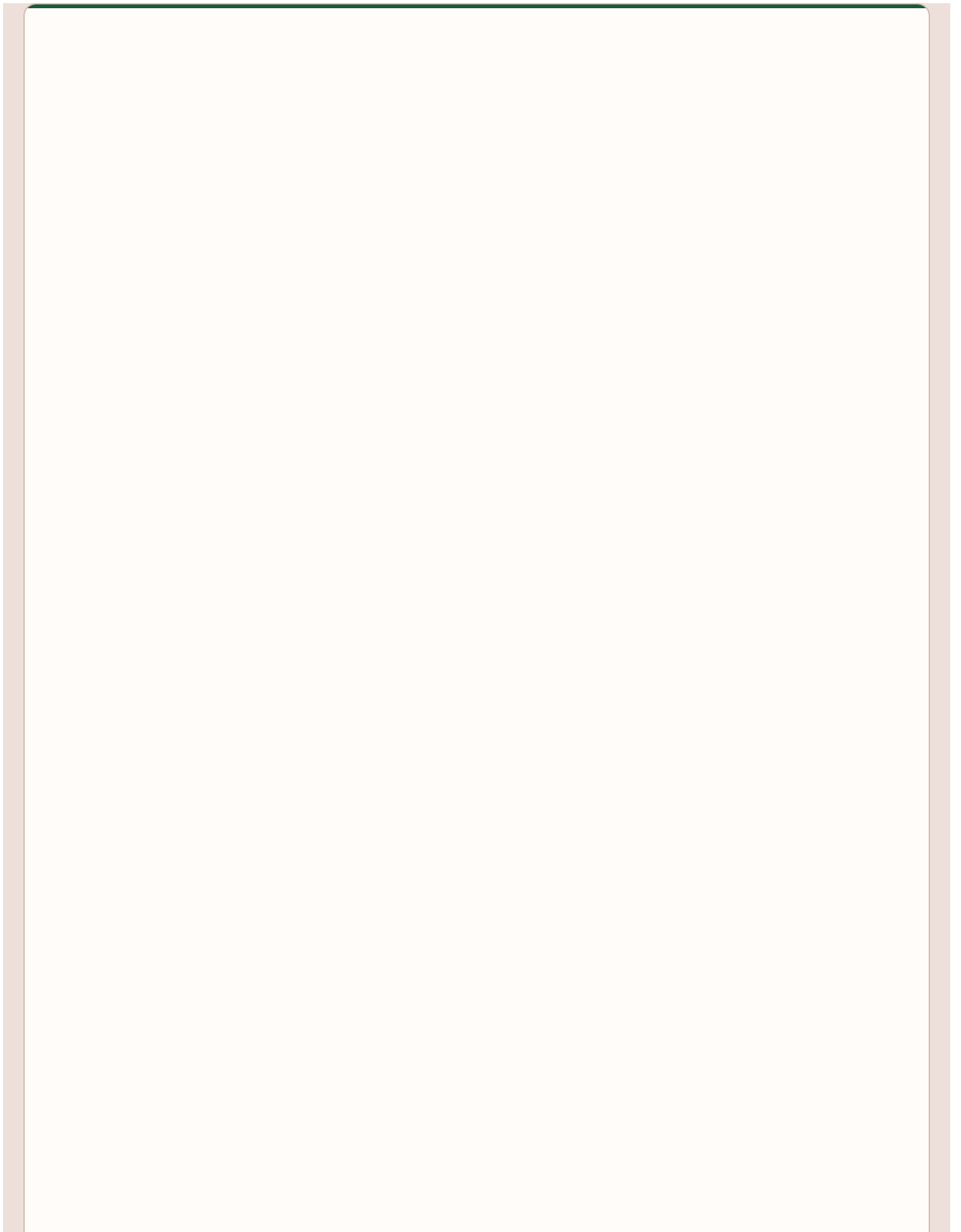
Corpos de Henderson-Patterson



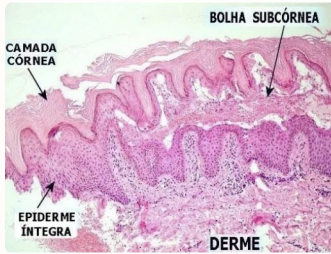
Globias (células de Virchow)



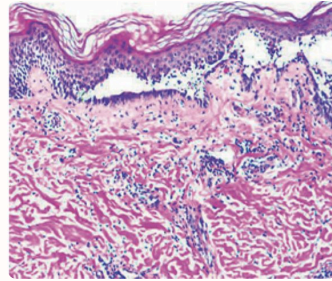
Corpos muriformes (Medlar)



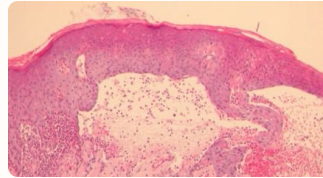
Nível	Doença	Infiltrado
Subcórnea	Impetigo · Pustulose subcórnea (SW) · PF superficial	Neutrófilos / acantólise superficial
Granulosa	SSSS · Darier (corpos redondos) · Hailey-Hailey	Acantólise
Suprabasal	Pênfigo Vulgar · Hailey-Hailey · Darier	Acantólise + vilosidades em cripta (PV)
Subepidérmica c/ eosinófilos	Penfigoide bolhoso · Penfigoide gestacional	Eosinófilos
Subepidérmica c/ neutrófilos	DH · LES bolhoso · IgA linear	Neutrófilos nas papilas
Subepidérmica mononuclear	EBA · LP bolhoso · Porfria	Linfócitos / histiócitos



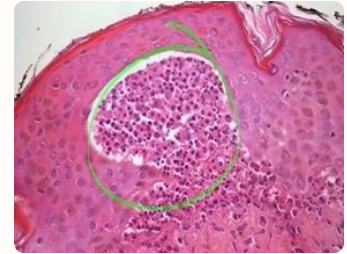
Acantólise subcórnea



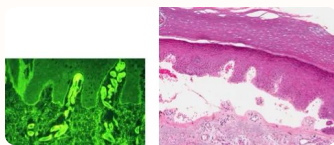
Acantólise suprabasal (PV)



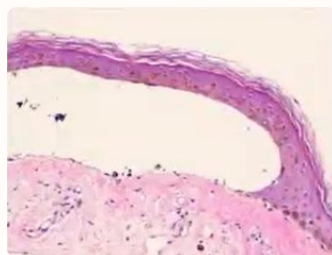
Subepidérmica rica em eosinófilos (PB)



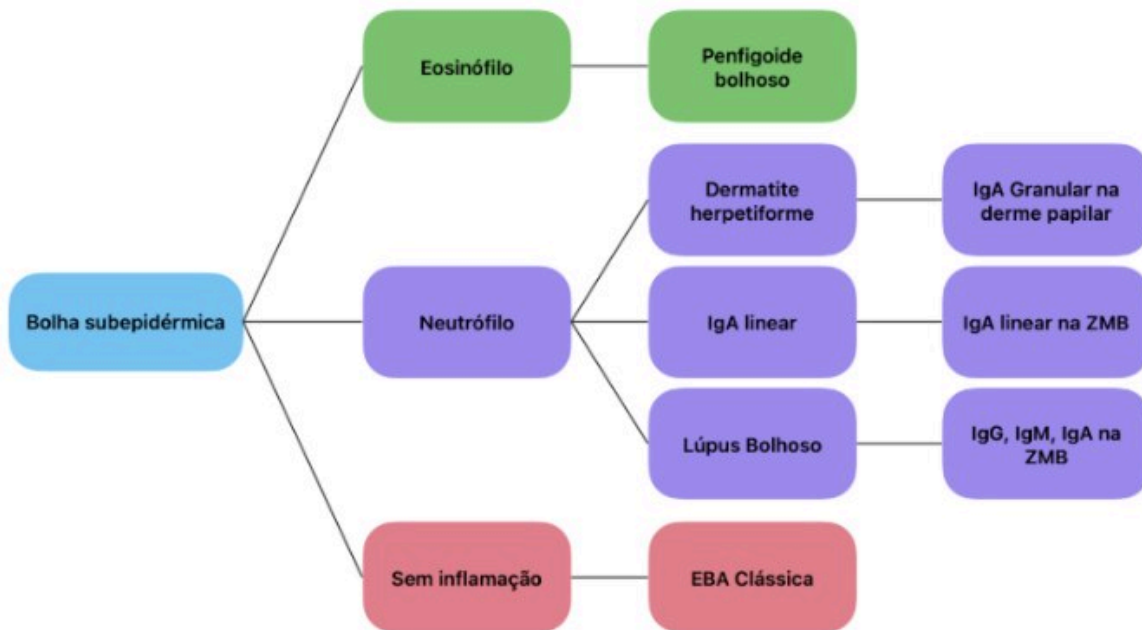
Subepidérmica c/ neutrófilos (DH)



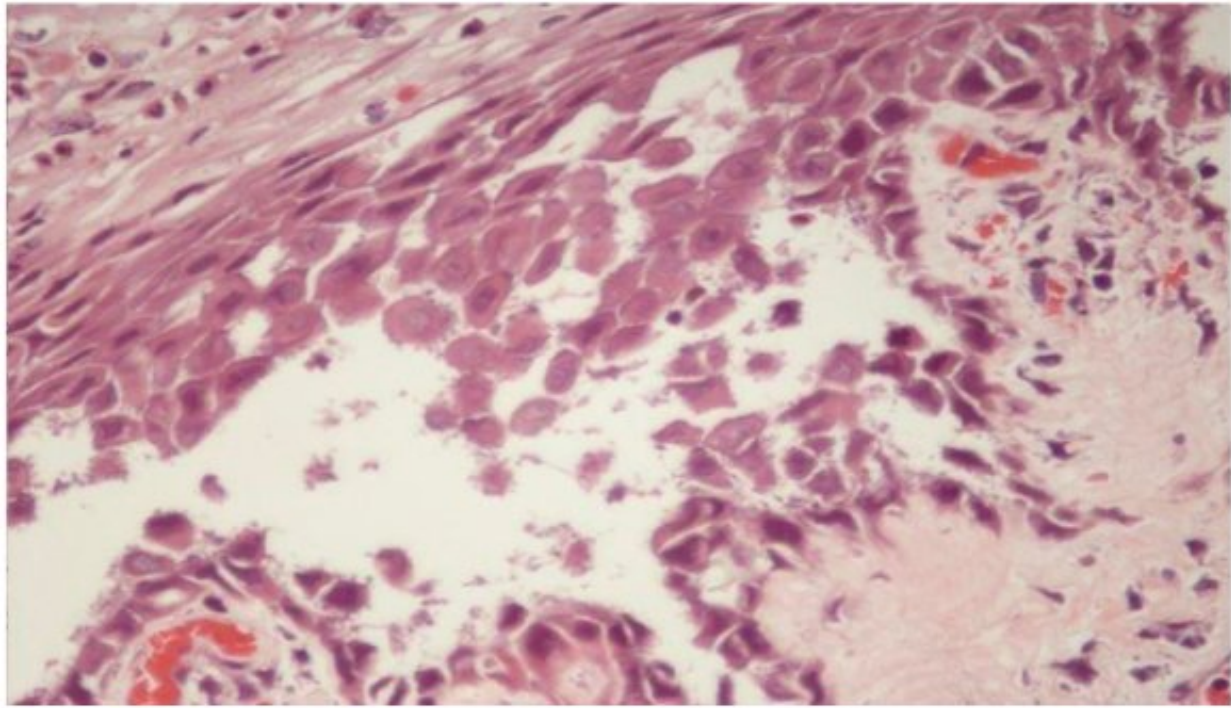
Subepidérmica mononuclear (porfria)



Subepidérmica c/ inflamação mínima



Resumo das subepidérmicas – quadro-síntese

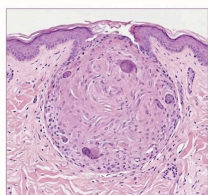


Doença de Hailey-Hailey (pênfigo familiar benigno): acantólise + disqueratose constituindo o padrão de “muro em ruínas” (dilapidated brick wall).

Espectro clínico + AP

TED 2022 Q63 · 2024

Forma	BAAR	Relação c/ epiderme	Infiltrado AP	Lepromin
TT	0	TOCA a epiderme (sem grenz zone)	Granuloma epitelióide	Positivo
BT	1-2+	Discreta grenz zone	Granuloma menos organizado	Fraco+
BB	3+	Grenz zone	Histiócitos epitelióides	Negativo
BL	4+	Grenz zone	Início de vacuolização	Negativo
LL	5-6+ (globias)	Grenz zone presente	Histiócitos espumosos (globias)	Negativo



Alta resistência imunológica resultando na formação de granulomas compactos e destruição tecidual localizada.

- **Granulomas Epitelióides:** Grandes, bem formados, contendo células gigantes multinucleadas.
- **A Marca Registrada:** Os granulomas frequentemente **tocam e erodem a epiderme**.
- **Neotropismo:** Granulomas dispostos ao longo dos feixes neurovasculares, causando destruição neural.

Bacteriologia: Bacilos normalmente **não** são encontrados (Paucibacilar).

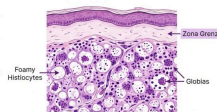
Tuberculóide (TT)

Tuberculóide (High Resistance)



Célula: Epitelióide, citoplasma eosinofílico.
Granuloma: Compacto, bem delimitado.
Epiderme: Granuloma toca/erode a epiderme.
Bacilos: Raros/Ausentes.

Virchowiano (Low Resistance)

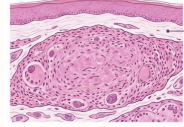


Célula: Histiócito vacuolizado (espumoso).
Granuloma: Ausente (infiltrado difuso).
Epiderme: Preservada pela **Zona Grenz**.
Bacilos: Abundantes (**Globias**).

TT x células de Virchow

Borderline-Tuberculóide (BT)

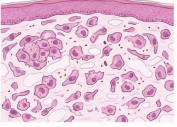
Mantêm-se os granulomas alongados, mas **não tocam a epiderme**.



Número variável de células gigantes de Langhans; bacilos escassos.

Borderline-Borderline (BB)

Histiócitos epitelióides presentes, mas **sem granulomas distintos**.



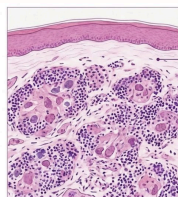
Ocorre **edema intercelular**. Carência de células gigantes e presença de bacilos demonstráveis.

BT x BB

Forma Borderline-Virchowiano

O sistema imune falha em conter o patógeno, resultando em maior carga bacilar e desorganização estrutural.

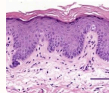
- Coleções de histiócitos ativados formando granulomas **pobres em diferenciados**.
- Os linfócitos são mais proeminentes aqui do que na forma Virchowiana pura.
- **Bacteriologia:** Bacilos são **sempre** encontrados.



Bacteriologia: Bacilos são **sempre** encontrados (Multibacilar).

Borderline virchowiana (BL)

Ausência de resposta celular efetiva (anergia), permitindo a proliferação irrestrita do bacilo.

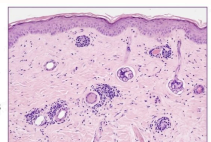


Histiócito vacuolizado (aspecto espumoso)
Não há formação de granulomas.
Zona Grenz (Faixa de Uma): A dorme papilar é poupada, criando uma faixa clara dentro abaixo da epiderme.

Virchowiana (LL)

A apresentação inicial caracteriza-se pela sutileza, muitas vezes exigindo correlação clínica para confirmação.

- **O Infiltrado:** Presença de infiltrado linfohistiocitário perineural e perivascular (superficial e profundo).
- **Localização:** Concentra-se ao redor das glândulas sudoríparas e do músculo pilo-erector.



Indeterminada

△ INVERSÃO MAIS COBRADA – TED 2022 Q63

TT: granuloma não toca a epiderme · TT: granuloma **TOCA a epiderme (sem grenz zone)**. LL = grenz zone presente.

Reações hansênicas – diferencial crítico

CRÍTICO

	Tipo 1 (reversa)	Tipo 2 (ENH)	Fenômeno de Lúcio
Formas	Dimorfas (BT, BB, BL)	MB (BL, LL)	LL difuso
Mecanismo	Th1 ↑ súbito	Humoral · IC + neutrófilos	Vasculite necrosante
Clínica	Lesões pré-existentes infiltradas · neurite	Nódulos novos + febre + extensoras	Bolhas → necrose → "estrelas"
1ª linha	Prednisona	Talidomida	Prednisona
Talidomida?	CONTRAINDICADA	1ª LINHA	Controversa
Manter PQT?	SEMPRE	SEMPRE	SEMPRE

Reação Tipo 1 (Reversa)
Associada ao aumento da imunidade celular.



A lesão torna-se edematosa com influxo de linfócitos.

Reação Tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico)
Ocorre em pacientes multibacilares (Virchowianos).



Inflamação aguda (neutrófilos) sobreposta a um quadro crônico. Pode evoluir para abscessos.

Endarterite proliferativa trombosante
Proliferação endotelial com obliteração do lúmen. Trombose vascular e necrose isquêmica. Pode apresentar-se como **vasculite leucocitoclástica**.



Reações hansênicas (tipo 1 x 2) Fenômeno de Lúcio

PQT – esquemas

ESQUEMAS

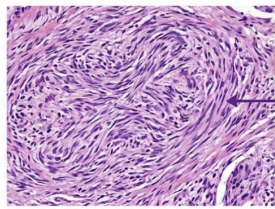
Droga	PB (6 meses)	MB (12 meses)
Rifampicina	600mg/mês	600mg/mês
Dapsona	100mg/dia	100mg/dia
Clofazimina	Não usa	300mg/mês + 50mg/dia

REAÇÃO TIPO 1 x RECIDIVA (TPI)

Reação tipo 1: início súbito, durante PQT ou até 6m após, lesões antigas eritematosas, vários nervos, responde a corticoide.

Recidiva: insidiosa, >1 ano após término, bordas novas, 1 nervo lentamente, **não responde a CTC**.

- **Histoide:** LL com lesões nodulares bem delimitadas, após suspensão irregular de dapsona. AP fusocelular. BAAR++.
- **Indeterminada:** forma inicial, máculas hipocrômicas, BAAR negativo, lepromin + ou -.
- **Nodular da infância:** BT com nódulos, criança. Sem tratamento evolui para formas polares.



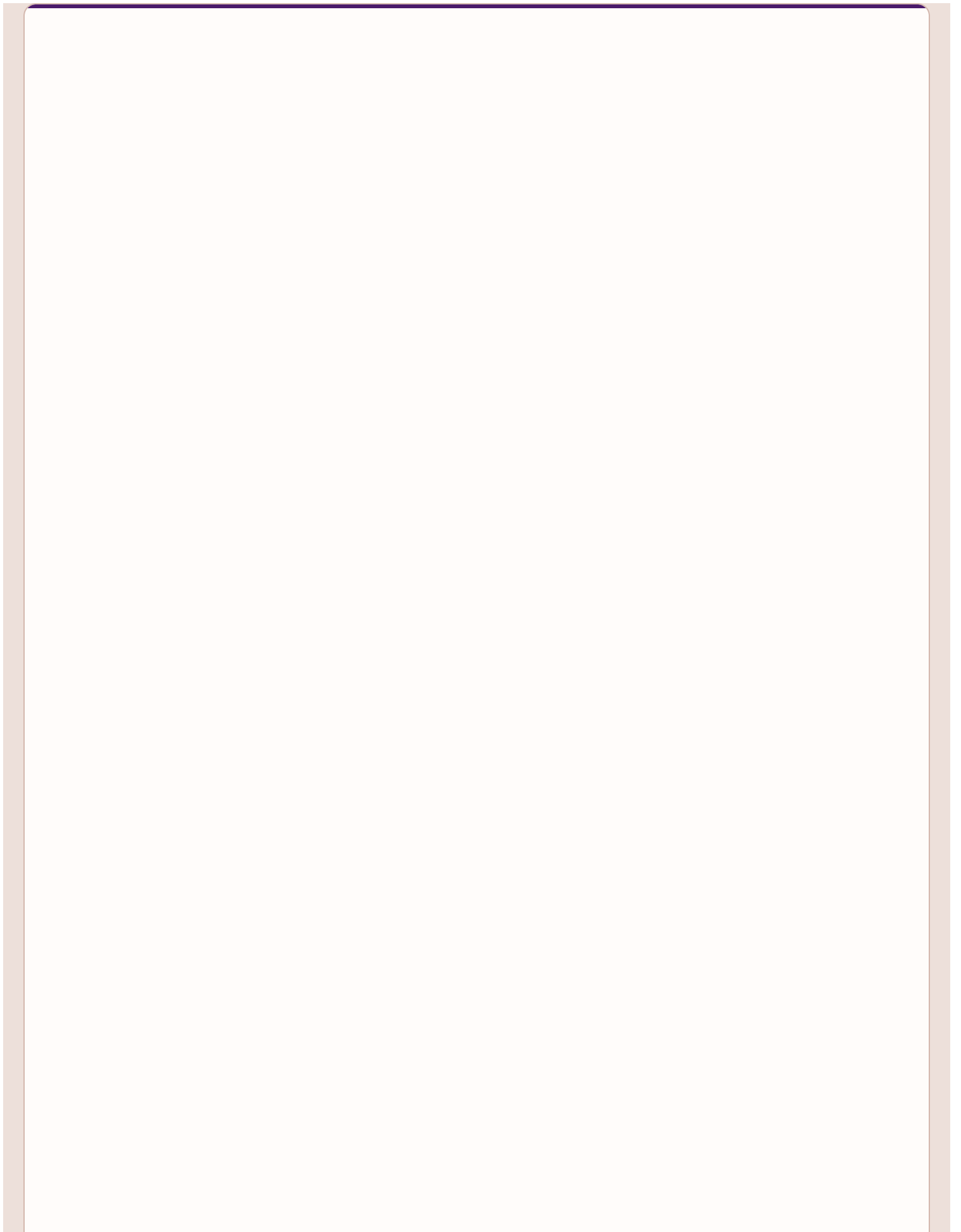
Arranjo Estoriforme

Macrófagos Fusiformes: Células alongadas que mimetizam fibroblastos.

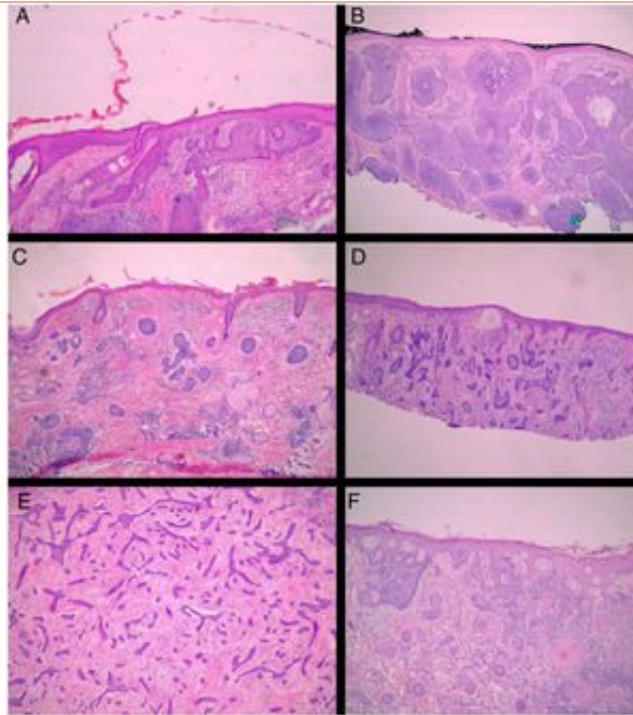
Confirmação: Fator XIIIa Positivo.

Baciloscopia: Índice baciloscópico extremamente alto.

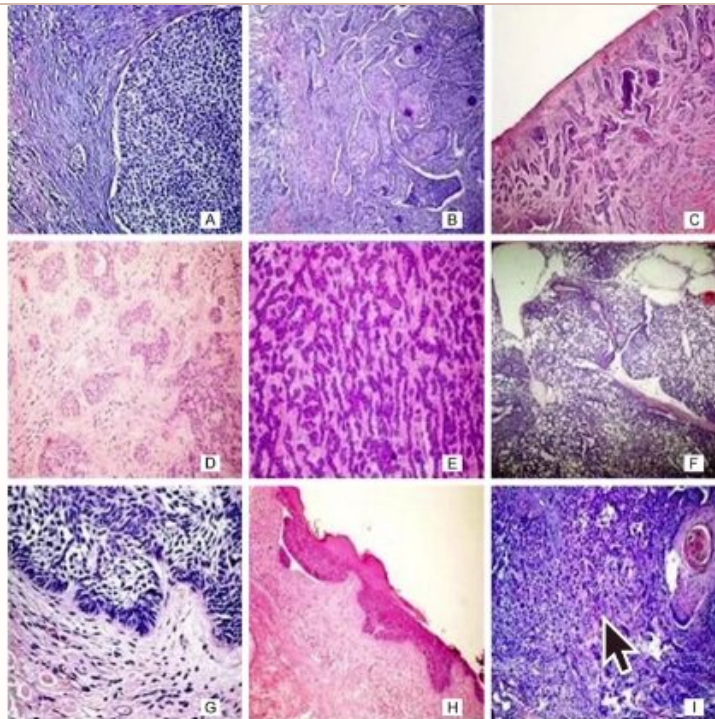
Hanseníase histoide



Subtipo	AP característico	Clínica / Conduta
Nodular	Ilhas basaloides na derme, paliçada periférica, retração artefactual	Nódulo pérola-telangiectásico
Esclerodermiforme	Cordões finos entre colágeno denso, sem paliçada	Placa branca-amarelada · Mohs obrigatório
Superficial	Brotamentos basaloides da epiderme, pouco profundo	Placa eritematosa em tronco
Infiltrativo	Agrupamentos irregulares, infiltração difusa	Alto risco de recorrência
Micronodular	Nódulos muito pequenos no estroma	Comportamento agressivo



Subtipos histológicos de CBC: (A) superficial · (B) nodular · (C) micronodular · (D) infiltrativo · (E) esclerodermiforme · (F) metatípico (HE, 40x).









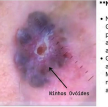
(A) nodular — nódulo bem delimitado · (B, D) micronodular — pior, mal delimitado · (E) esclerodermiforme — padrão trabecular · (G) paliçada periférica · (H) superficial — restrito à epiderme, crescimento longitudinal · (I) adenocístico — acomete glândula, pior prognóstico.

LINK MENTAL — SUBTIPOS

- Nodular** = mais comum, clássico
- Superficial** = jovens, crescimento horizontal, membros
- Esclerodermiforme (morfeiforme)** = mais agressivo
- Pigmentado** = fototipo mais alto (pode combinar com os demais)
- Vegetante, cístico e fibroepitelioma de Pinkus** = menos comuns

MOHS — INDICAÇÕES ESSENCIAIS

Esclerodermiforme (sempre) · Tronco >2cm · Face/extremidades/genitália · Recidivante · Transplantado + CEC qualquer local.
Tronco <2cm baixo risco = excisão padrão.

<p>Características: Vasos nítidos, focados, que se ramificam (tronco = galhos).</p>  <p>Fundo: Brilhante, translúcido, por vasos com ulceração.</p> <p>CBC — vasos arboriformes (árvore)</p>	<p>Diagnóstico por Ausência: Sem rede pigmentar verdolera.</p> <p>Diagnóstico por Presença: Vasos arboriformes.</p>	<p>**Na Periferia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estruturas em folha de bordo (lado de fora) • Estruturas em raio de roda (oposição radial).  <p>CBC — além da árvore</p>	<p>**Na Dermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninhos ovóides: Grandes massas pigmentares azul-achetadas. • Globulos azul-achetados: Menores que ninhos, não agregados. 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CBC Nodular</p>  <p>Vasos Arborizados; Vermelhos, brilhantes, ramificados e nítidos.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CBC Superficial</p>  <p>Áreas brancas/vermelhas translúcidas sem estrutura, micro-erosões e telangiectasias curtas.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CBC Pigmentado</p>  <p>Ausência de rede. Globulos azul-achetados, estruturas em folha de bordo e nodos de carroça.</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">CBC nodular x superficial x pigmentado</p>	<p>CBC Pigmentado Além da Árvore: Estruturas Específicas</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>**Na Periferia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura em folha de bordo (lado de fora) • Estrutura em raio de roda (oposição radial).  </div> <div style="text-align: center;"> <p>**Na Dermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninhos ovóides: Grandes massas pigmentares azul-achetadas. • Globulos azul-achetados: Menores que ninhos, não agregados.  </div> </div> <p style="text-align: center;">CBC pigmentado</p>
--	---	---	---	--	--

Relacione cada apresentação **clínica/dermatoscópica (1-3)** com a respectiva **histopatologia (a-c)** e classifique o subtipo de CBC.



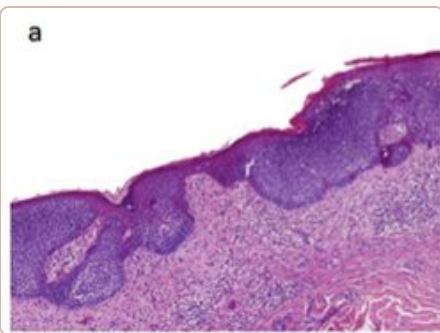
Clínica 1



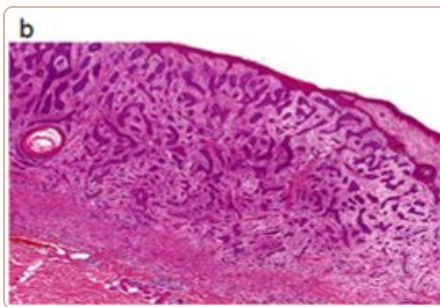
Clínica 2



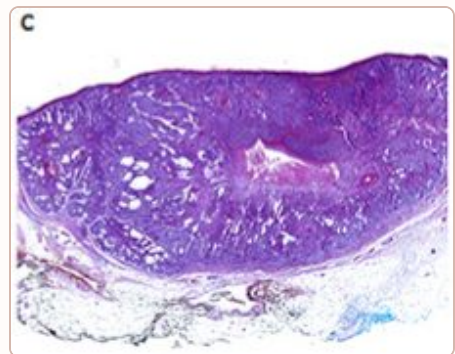
Clínica 3



AP a



AP b




AP c

✓ **GABARITO – CORRELAÇÃO**

Clínica 1 ↔ AP b – CBC esclerodermiforme: placa eritematosa de bordas mal delimitadas, brilho perolado e telangiectasias com aspecto de cicatriz. AP: cordões em pequenos blocos que se alongam para a profundidade (caráter invasivo).

Clínica 2 ↔ AP c – CBC nodular: pápula eritematosa perolada com vasos telangiectásicos arboriformes. AP: células basaloides atípicas em um grande bloco bem formado, com paliçada na periferia.

Clínica 3 ↔ AP a – CBC superficial: placa eritematosa com centro atrófico e micropápulas peroladas na borda. AP: lóbulos de células basaloides atípicas em contato com a epiderme, com pouca invasão.

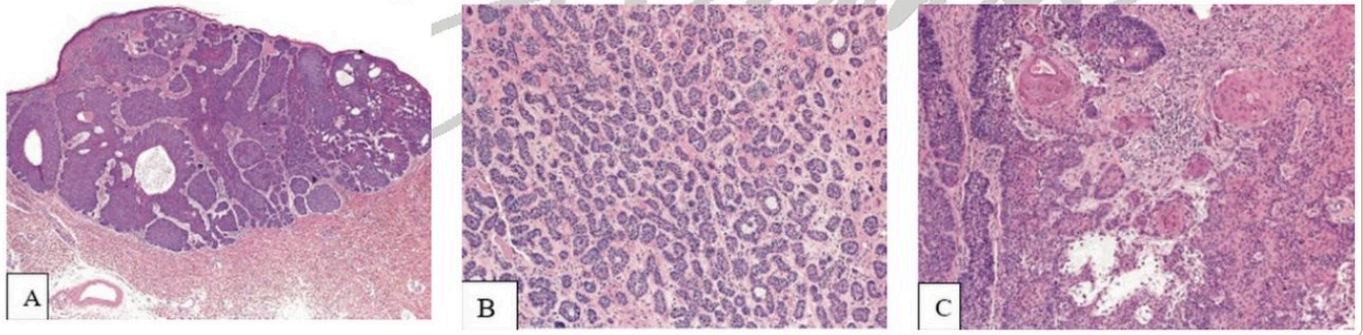
 **Questão TED – Risco dos subtipos (CBC × CEC)**

TREINO

Analise as imagens de AP (A, B, C) e julgue:

- I. A imagem A corresponde a um subtipo de CBC de **risco intermediário**.
- II. A imagem B corresponde a um subtipo de CBC de **alto risco**.
- III. A imagem C corresponde a um subtipo de carcinoma de células escamosas de **baixo risco**.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):



✓ RESPOSTA – II APENAS

I (**falsa**): imagem A = CBC **nodular** → baixo risco (não intermediário).

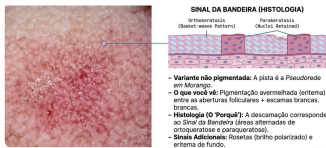
II (**correta**): imagem B = CBC **infiltrativo/micronodular** → alto risco.

III (**falsa**): imagem C = carcinoma **basoescamoso**; no CEC o risco baseia-se na diferenciação + atipia (alto na imagem).

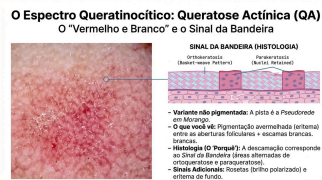
Critério	Alto risco
Espessura (Breslow)	>2mm
Nível de Clark	IV ou V
Diferenciação	Pouco diferenciado / indiferenciado
Variante	Desmoplásico · adenoescamoso · fusocelular
Localização	Lábio · orelha · couro cabeludo · genitália
Imunossuprimido	Qualquer local = alto risco → Mohs
Local	Cicatriz / úlcera crônica (CEC de Marjolin)

✗ **Distrófica recessiva da EB: CEC é causa de morte (não basocelular).**

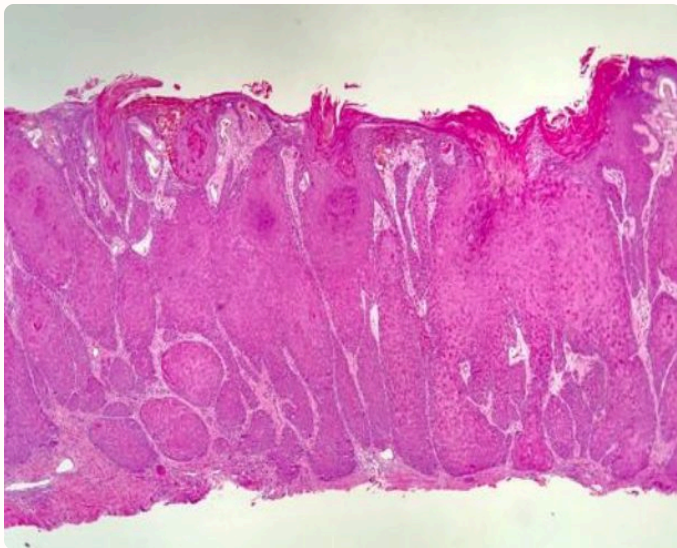
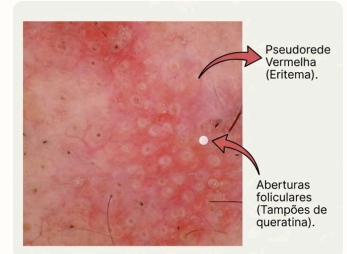
→ **Carcinoma verrucoso: muito bem diferenciado, localmente invasivo, não metastatiza.**



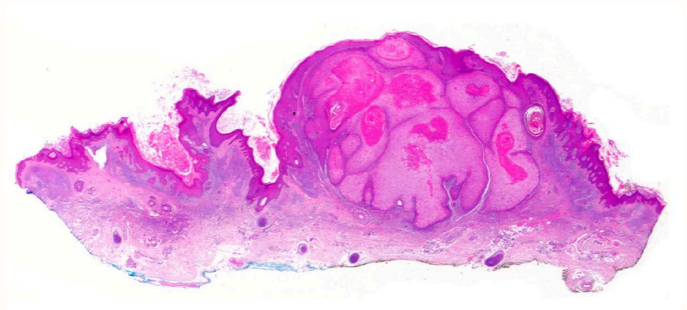
Queratose actínica



Queratose actínica (clínica/AP)



Carcinoma verrucoso — bordas empurram (não invadem); DD com VV/condiloma



Ceratocarcinoma — exoendofítico, crateriforme, material córneo

Lesão eritematosa na região balanoprepucial com área queratósica. Histopatologia: hiperplasia epitelial com atipia celular por toda a epiderme. Qual o diagnóstico?

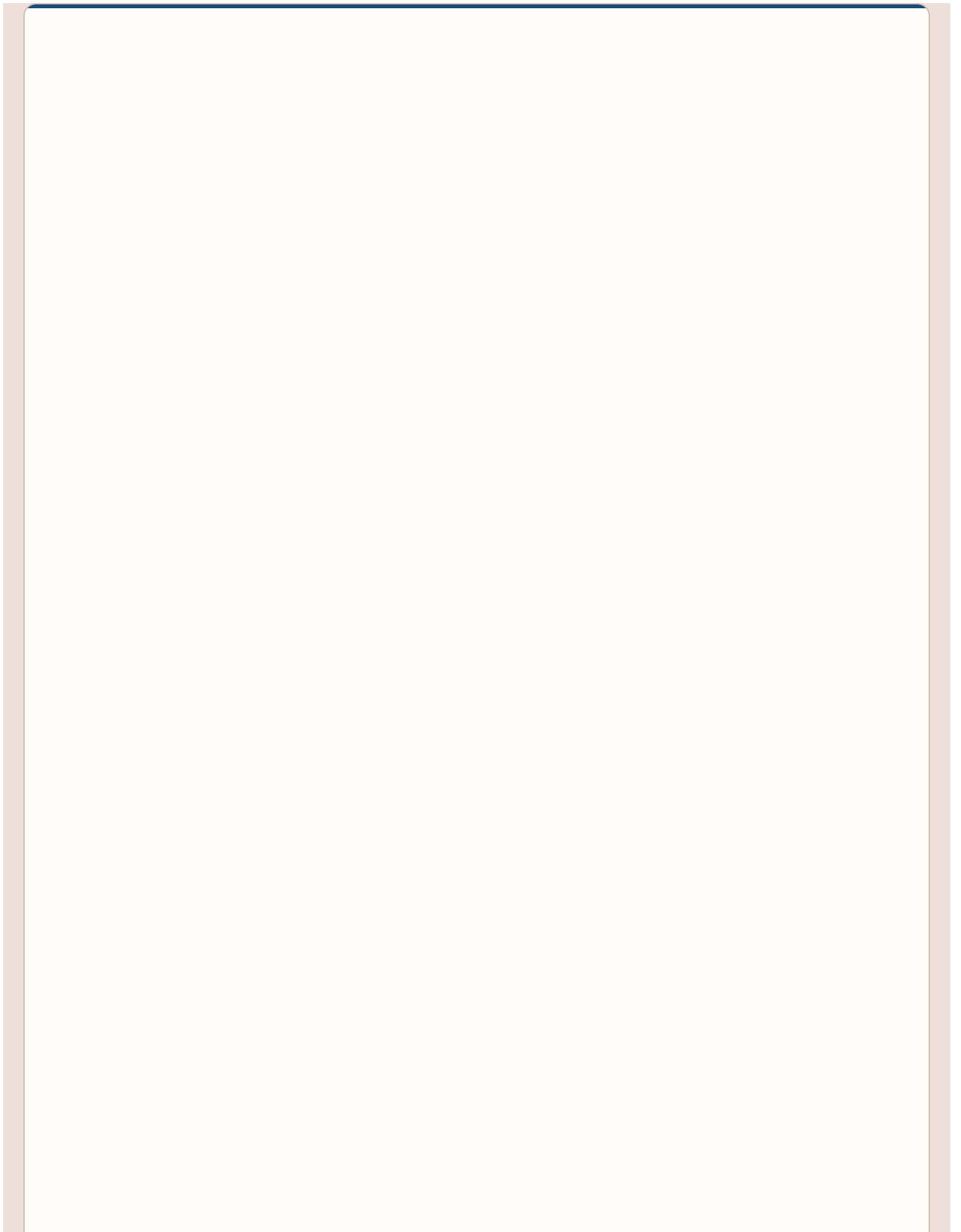


✓ RESPOSTA

Carcinoma espinocelular (CEC).

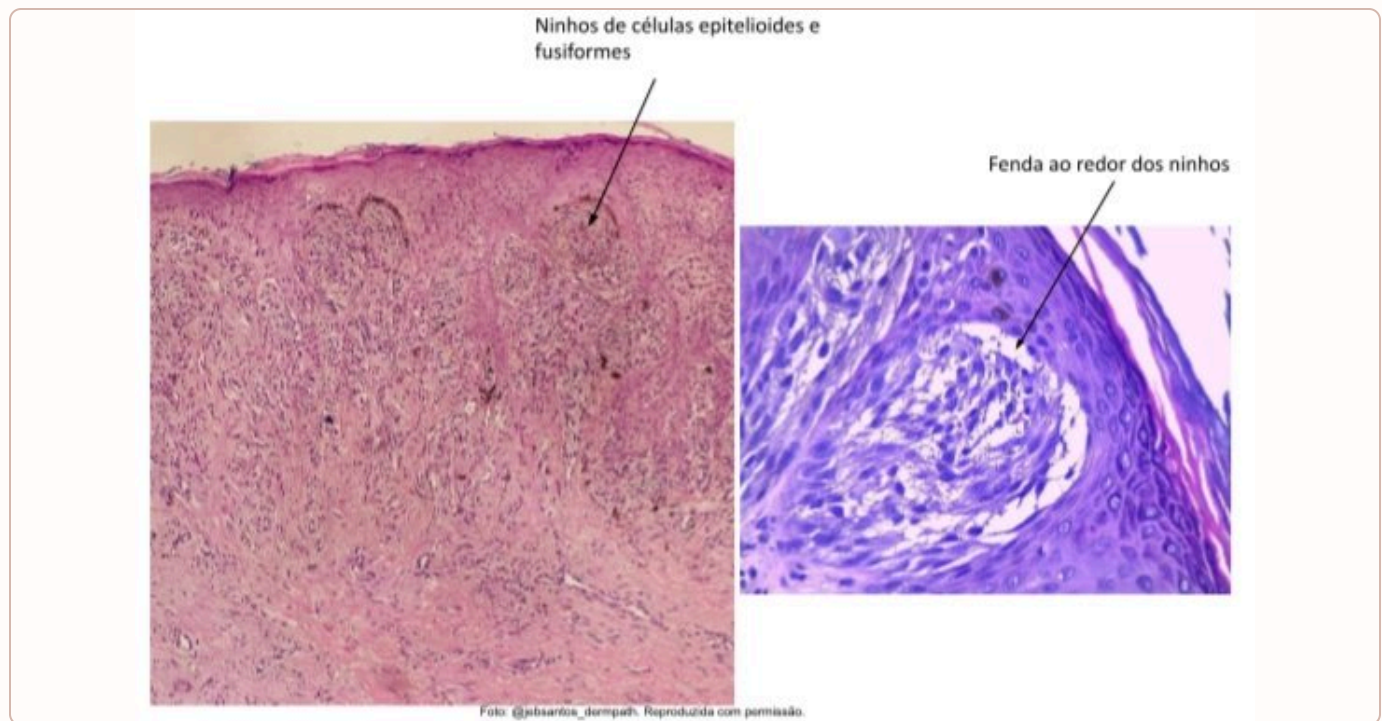
Macroscopia: lesão eritematosa na região balanoprepucial com aparente área queratósica.

Histopatologia: hiperplasia epitelial com provável atipia celular por toda a espessura da epiderme (padrão de CEC in situ / eritroplasia de Queyrat).

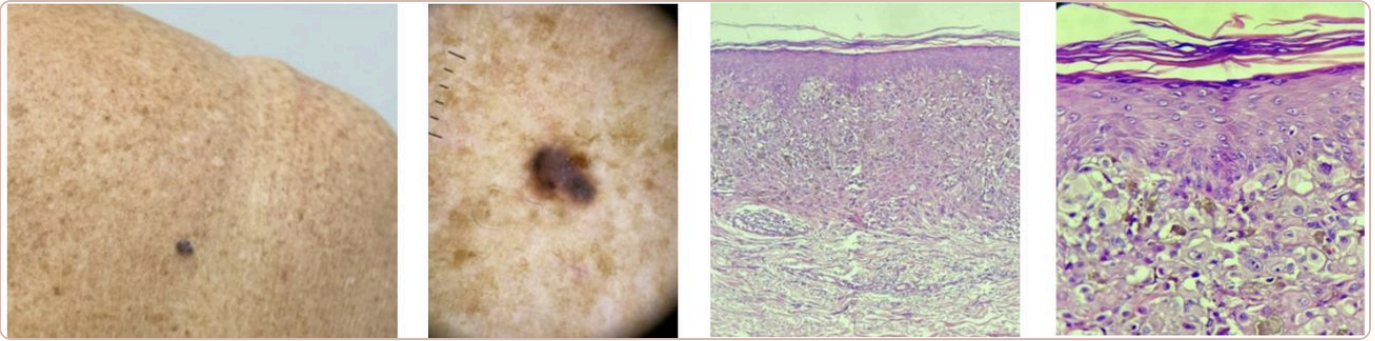


Item	Detalhe
Linfonodo sentinela	Breslow >1mm · ou ≤1mm com ulceração / mitose ≥1/mm ²
Gestação	Aguardar 2 anos após diagnóstico antes de nova gravidez
Desmoplásico	S100+ · fusocelular · alto risco de recidiva local
BRAF V600E	~50-60% · Vemurafenibe + Cobimetinibe
Dermoscopia acral	Cristas paralelas = maligno · Sulcos paralelos = benigno
IHQ melanoma	S100+ · Melan-A+ · HMB45+ · Ki67

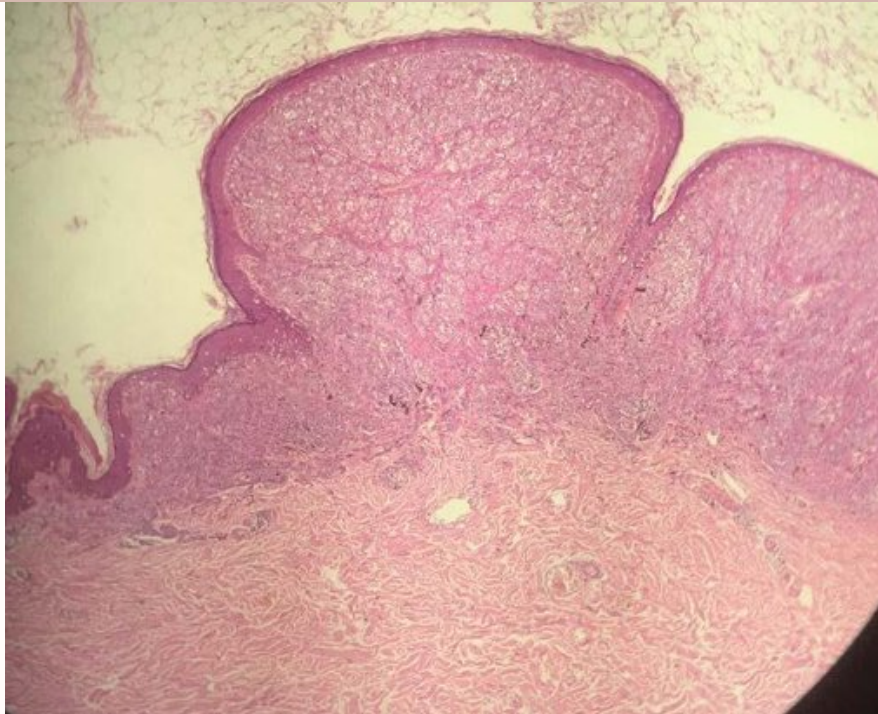
Breslow	Margem	Sentinela
In situ	0,5-1cm	Não
≤1mm	1cm	Considerar (ulceração/mitose)
1-2mm	1-2cm	Sim
>2mm	2cm	Sim



Nevo de Spitz — nevo composto com intensa atividade juncional: ninhos de células fusiformes e epitelioides grandes da epiderme à derme reticular em cunha invertida, orientados verticalmente, com fendas ao redor. **Kamino bodies** (corpúsculos eosinofílicos na JDE) ajudam a diferenciar de lesões malignas.



Melanoma extensivo superficial. Clínica: lesão pigmentada assimétrica com múltiplas cores. Dermatoscopia: rede atípica + áreas sem estrutura + múltiplas cores. Histologia: melanócitos atípicos na JDE + invasão dérmica + pleomorfismo.



Melanoma nodular. Pápula ou nódulo azul, marrom ou preto que se estende **verticalmente** na derme, com envolvimento comparativamente limitado da epiderme sobrejacente.

Analise a histopatologia. **Quais achados caracterizam o nevo de Spitz?**



✓ **COMENTÁRIO – NEVO DE SPITZ**

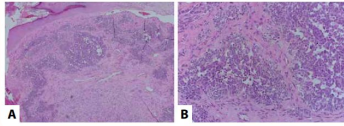
Histologicamente: proliferação de **células fusiformes e epitelioides grandes**, com ninhos comumente orientados **verticalmente**. Outras pistas:

- › Fenda entre ninhos e epiderme.
- › Pouco pigmento melânico.
- › **Corpúsculos globosos eosinofílicos (corpúsculos de Kamino)**.
- › Frequentemente componente juncional e intradérmico, mas pode ser só juncional ou só intradérmico.

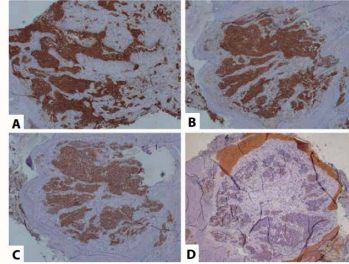
- Tumor neuroendócrino primário da pele (carcinoma de células de Merkel).
- IHQ: **CK20+** (perinuclear "dot-like") · **CD56+** · **Sinaptofisina+**.
- Negativo: S100 · TTF-1 (diferencia de metástase pulmonar) · CK7.
- Associado ao Poliomavírus de Merkel (MCPyV) · idosos imunocompetentes e transplantados.

MERKEL x METÁSTASE PULMONAR

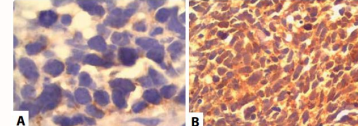
CK20+ e TTF-1- = Merkel. CK7+ e TTF-1+ = adenocarcinoma pulmonar.



Carcinoma de células de Merkel (1)



Carcinoma de células de Merkel (2)

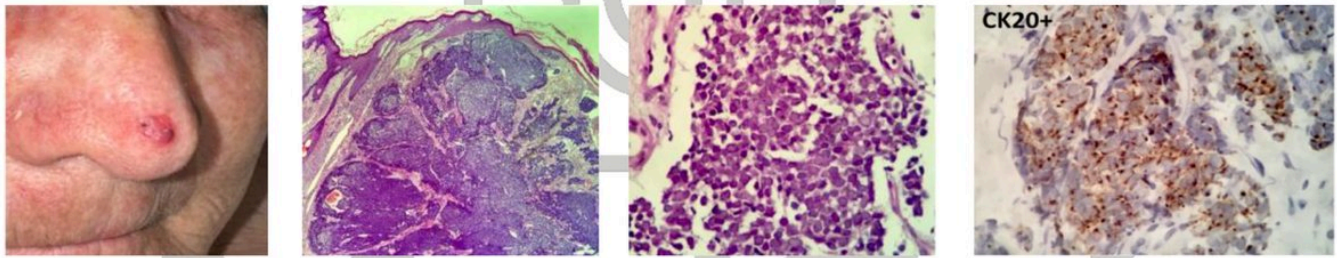


Carcinoma de células de Merkel (3)

Questão TED – Tumor de Merkel

TREINO

Analise as imagens. Sabendo que **TTF1 e S100 foram negativos**, qual é o diagnóstico?



✓ RESPOSTA

Tumor neuroendócrino primário da pele = carcinoma de células de Merkel.

Histologia: células pequenas e azuladas (*small blue cell tumor*). IHQ: **CK20+** (perinuclear dot-like) com **TTF1 e S100 negativos**.

Linfoma	Marcadores	Prognóstico	Detalhe
Micose fungoide	CD4+ / CD8- / CD30 variável	Variável por estágio	Patch → placa → tumor → eritrodermia (Sézary)
Sézary	CD4+ circulante	Ruim	Eritrodermia + células Sézary no sangue
ALCL prim. cutâneo	CD30+ (>75%)	Bom	Regride espontaneamente 25%
Papulose linfomatoide	CD30+	Bom (crônico)	Regride · risco MF/ALCL
Linfoma B prim.	CD20+	Bom (folicular)	Rituximabe

→ MF hipocromiante: variante em crianças e peles escuras · CD8+.

→ Bexaroteno: 300mg/m²/dia + **hipotireoidismo central** (não hiper).



Microabscessos de Pautrier

Epidermotropismo (Sem espongiose)

Imunofenótipo (O Código)
 CD3+
 CD4+ (T Helper)
 CD8- (Geralmente)

Pista Vital: Perda de CD7
 A ausência de CD7 favorece o diagnóstico de malignidade sobre inflamação.

Pegadinha: Na fase tumoral, o epidermotropismo pode desaparecer.

Micose fungoide

MF Foliculotrópica



- Cabeça e Pescoço.
- Alopecia associada.
- Mucínose folicular.
- Difícil resposta aos tópicos.

Reticulose Pagetoide



- Doença de Woringer-Kolopp.
- Placa solitária em extremidades.
- Curso benigno.

Cútis Laxa Granulomatosa



- Pele pendular (Axilas/Virilha).
- Granulomas elastofícticos.
- Células gigantes multinucleadas.

Variantes da MF

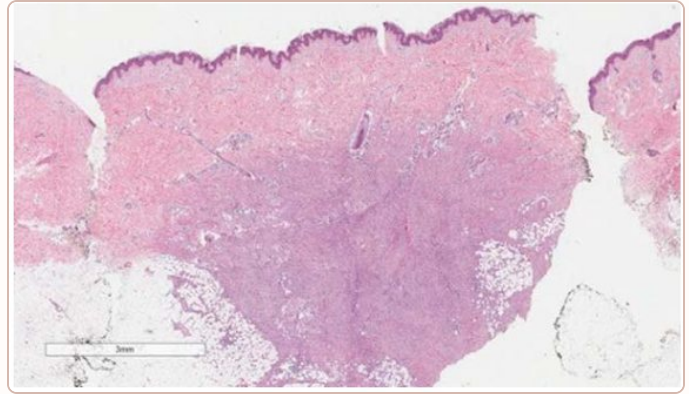
● PADRÃO DE IMUNOCOLORAÇÃO

CD34 positivo · fator XIIIa negativo (o oposto do dermatofibroma: CD34- /XIIIa+).

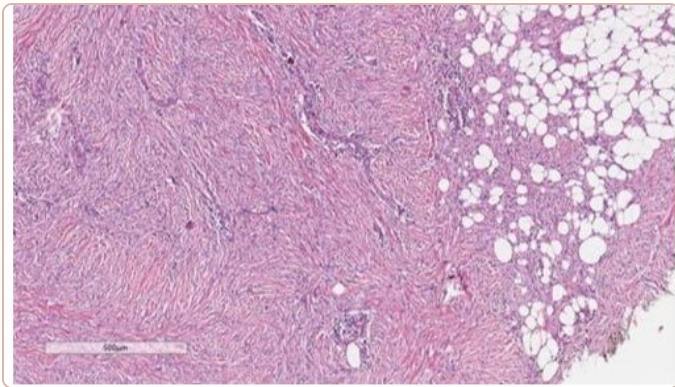
Clínica: nódulo violáceo a marrom-avermelhado, de 1 a vários cm de diâmetro.



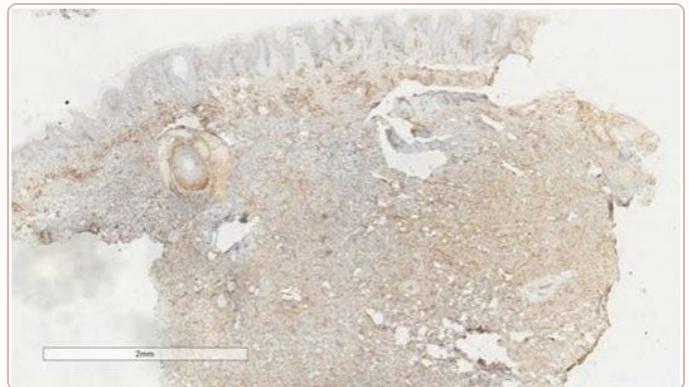
Clínica — nódulo violáceo/marrom-avermelhado



Histopatologia (AP)



IHQ — CD34 positivo



IHQ — Fator XIIIa negativo

Resumo 'Cheat Sheet' para a Prova

Palavras-chave e Associações

Pista Visual

Morango / Eritema + Escama

Novelo de Lã / Vasos Glomerulares

Halo Branco + Vasos em Grampo

Árvore (Arboriforme) / Ninhos Ovóides

Círculos Cinzas / Anular-Granular

Torrões Amarelos / Rosetas

Vasos em Vírgula / Cúpula

Diagnóstico

Queratose Actínica (QA)

Doença de Bowen

Queratoacantoma / CEC

CBC

Lentigo Maligno (Face)

QA Pigmentada (Face)

Nevo de Miescher

NotebookLM

Resumo – Oncologia



Vasos em Vírgula (Nevo)



Vasos em Coroa (Hiperplasia Sebácea)



Vasos Arborizados (CBC)



Vasos Glomerulares (Bowen)



Vasos em Grampo (CEC)



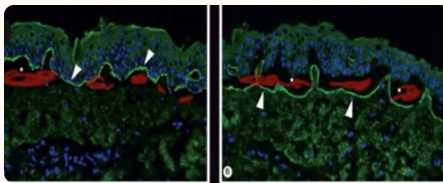
Pseudorede Vermelha (AK)

Resumo – lesões vasculares

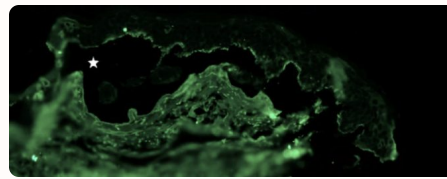
Doença	IFD	Salt split	Anticorpo sérico
PV	IgG intercelular	–	Anti-Dsg3 (com mucosa)
PF	IgG intercelular	–	Anti-Dsg1 (sem mucosa)
Penfigoide bolhoso	IgG + C3 linear ZMB	Epidérmico (teto)	Anti-BP180 / BP230
EBA	IgG linear ZMB	Dérmico (assoalho)	Anti-colágeno VII
DH	IgA granuloso nas papilas	–	Anti-TG2
IgA linear	IgA linear ZMB	–	Anti-BP180 (97 kDa)
LES bolhoso	IgG+M+A ZMB (banda lúpica)	Dérmico	Anti-colágeno VII

△ DH × IGA LINEAR

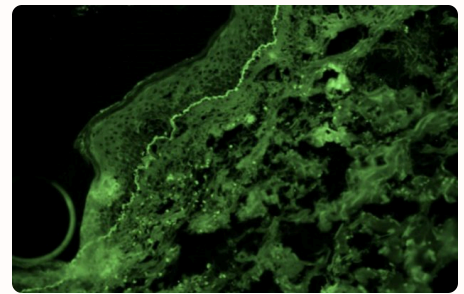
DH = IgA **granuloso** nas papilas. IgA linear = IgA **linear** na ZMB. A banca inverte com frequência.



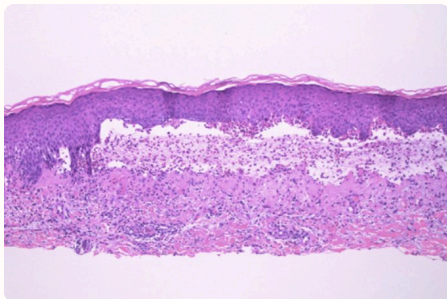
Salt split – teto x assoalho



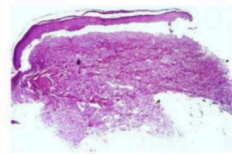
Salt split – penfigoide (teto/epidérmico)



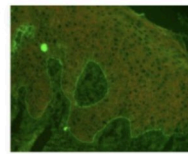
IFD penfigoide – C3 linear na ZMB



AP penfigoide bolhoso

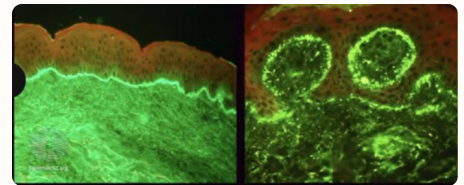


Exame anatomopatológico (HE)

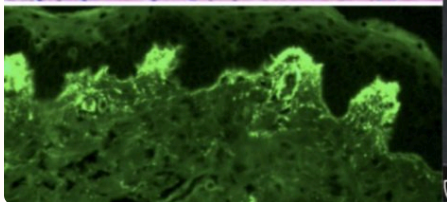
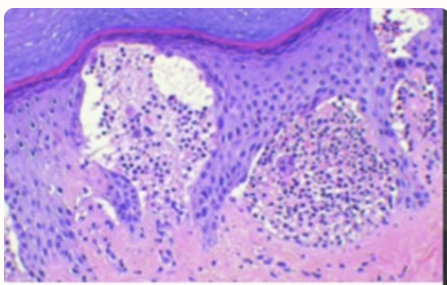


Imunofluorescência direta (IgG)

IFD + AP – EBA (questão TED)



IFD – DH × IgA linear



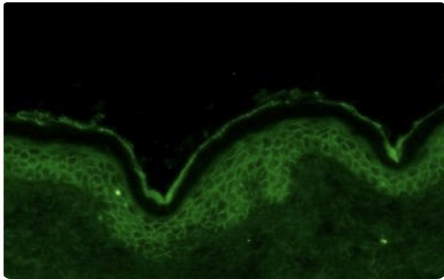
IFD + AP – dermatite herpetiforme

Dsg x Forma clínica

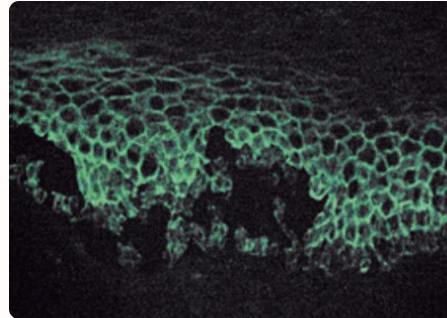
- > Dsg1 = PF (camada superficial)
- > Dsg1+3 = PV com mucosa
- > Dsg3 isolado = PV sem mucosa
- > IgG4 = fase ativa · IgG1 = involução

Fogo selvagem

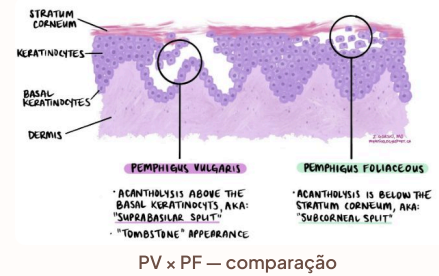
- > HLA-DRB1 predisposição genética
- > Hematófagos no AP (achado incomum)
- > IFD intercelular não diferencia PV de PF
- > Região endêmica: Brasil central



IFD pênfigo vulgar

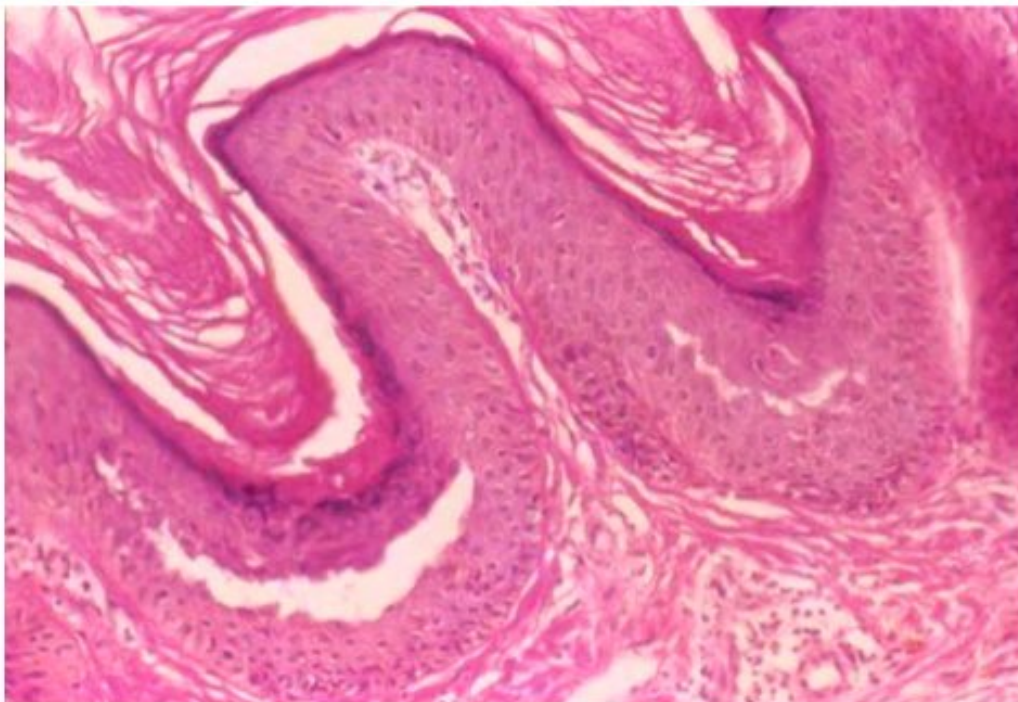


IFD pênfigo foliáceo



🌱 Questão – Pênfigo foliáceo

Correlacione a clínica com o nível de clivagem no AP. **Qual o diagnóstico e o nível da bolha?**



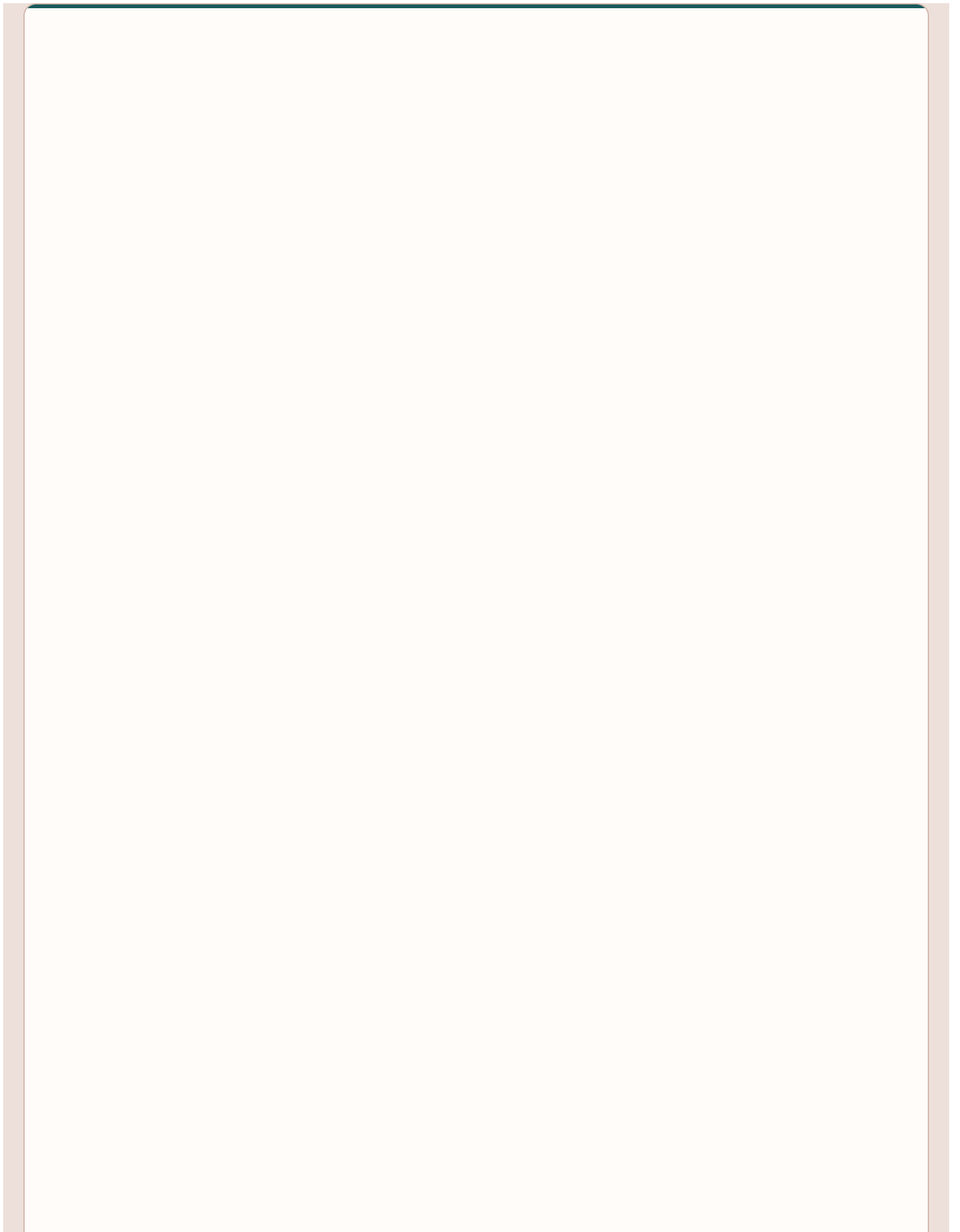
✓ COMENTÁRIO – PÊNFIGO FOLIÁCEO

No AP, a clivagem é **intraepidérmica alta** (subcornea/granulosa). Clínica típica: lesões **eritematosas em áreas seborreicas, sem bolhas íntegras** visíveis — a pele sobre a bolha é frágil e se rompe facilmente.

Tratamento das bolhasas — o que o TED cobra

CONDUTA

Doença	1ª linha	Detalhe
PV grave	Prednisona + rituximabe	Rituximabe substituiu imunossupressores convencionais
DH	Dapsona + dieta sem glúten	Doença celíaca associada em 80%
IgA linear	Dapsona	Cobrado TED 2023
LES bolhoso	Dapsona	Anti-col VII · dérmico no salt split
EBA	Dapsona / colchicina	Resposta pobre a CTC



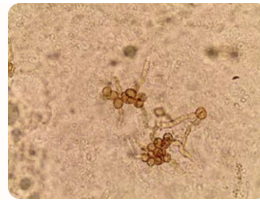
Fungo	Microcultivo	Macrocultivo	Doença
P. brasiliensis	Roda de leme (célula-mãe + filhas)	Bege cerebriforme (35°C)	Paracoco
Sporothrix schenckii	Margarida (conídios em flor)	Branca-creme → escurece	Esporotricose
Fonsecaea pedrosoi	Corpos muriformes (tecido)	Verde-oliva a negro	Cromoblastomicose
Phialophora verrucosa	Fiálides em taça (vase-like)	Verde-oliva	Cromoblastomicose
Malassezia	Espaguete + almôndegas (KOH)	Garrafa de boliche (lipofílico)	PV / Seborreica
Candida	Pseudo-hifas + blastosporos	Branca cremosa	Candidíase
T. rubrum	Microconídios laterais · macroconídios raros	Branca, reverso avermelhado	Tinea
Microsporum canis	Macroconídios espiculados espessos	Fluoresce na lâmpada de Wood	Tinea capitis
Rhizopus / Mucor	Esporangióforos · esporângios · sem septos	Crescimento rápido algodonoso	Mucormicose
Histoplasma	"Olhos de coruja" no AP (macrófagos)	Dimórfico · tuberculate macroconidia	Histoplasmose
P. marneffeii	Septo central (divisão por fissão)	Pigmento vermelho difusível	Peniciliose (HIV)
Fusarium	Macroconídios em banana (curvados)	Rosada-lilás	Fusariose



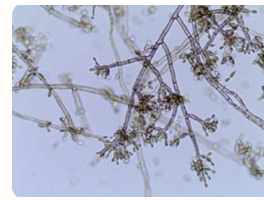
Histoplasma 25 °C — bolor



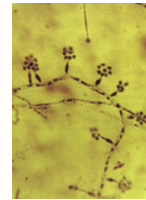
Histoplasma 37 °C — levedura



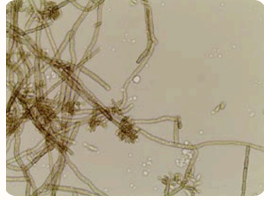
Fonsecaea pedrosoi



Cladosporium (frutificação)



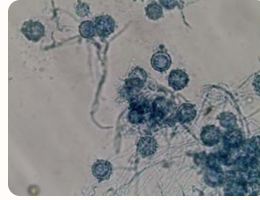
Phialophora (frutificação)



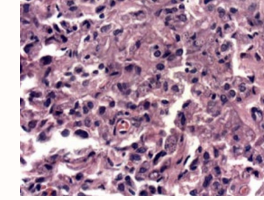
Rhinocladiella (frutificação)



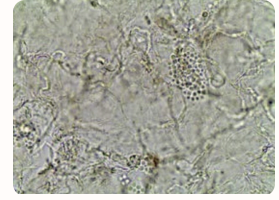
Fusarium



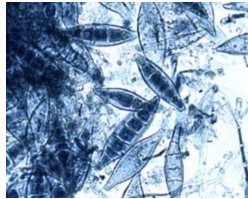
Histoplasma



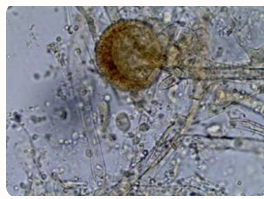
Histoplasma (macroconídios)



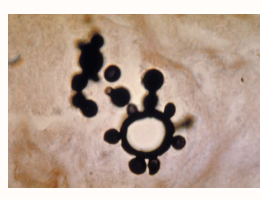
Malassezia



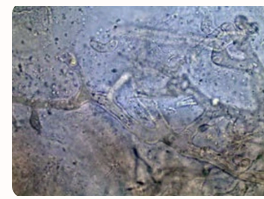
Microsporium canis



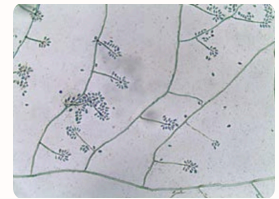
Mucor



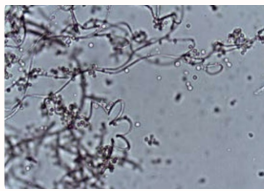
P. brasiliensis (roda de leme)



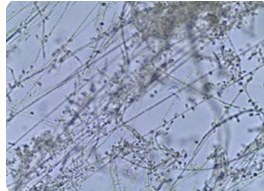
Rhizopus



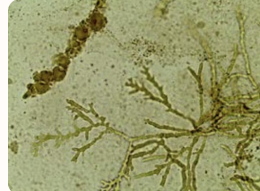
Sporothrix



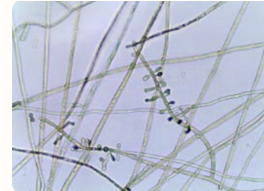
T. mentagrophytes



T. rubrum



T. schoenlenii



T. tonsurans

Hanseníase × Leishmaniose × Paracoco — mucosa nasal

DIFERENCIAL

Doença	Lesão nasal	AP	Diagnóstico
Leishmaniose mucosa	Destruição do septo / perfuração	Granuloma + amastigotas	Montenegro · PCR
Paracoco	Estomatite moriforme de Aguiar-Pupo	Granuloma + "roda de leme"	Cultura · sorologia
Histoplasmose	Úlcera palato / mucosa	Macrófagos "olhos de coruja"	Cultura · antígeno urinário

✗ Hanseníase NÃO entra no diferencial de lesão mucosa oral — não causa lesão mucosa.

→ Leishmaniose na gestante: **anfotericina B lipossomal** (TED 2023).

→ Paracoco: itraconazol (1ª linha) · sulfametoxazol-TMP · anfotericina B (grave).

Sífilis – laboratorial + pontos críticos

IST

Teste	Tipo	Uso
VDRL / RPR	Não treponêmico	Critério de cura · atividade
FTA-ABS / TPHA	Treponêmico	Confirmatório · persiste + para sempre

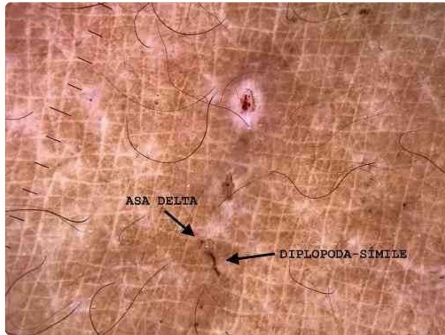
- Cura: queda ≥ 2 diluições do VDRL em 6 meses.
- Secundária AP: dermatite de interface + plasmócitos + acantose irregular.
- Roséola: tronco → extremidades → palmas e plantas.
- VDRL no LCR: baixa sensibilidade (~30-50%), alta especificidade p/ neurosífilis.

Lâmpada de Wood + KOH

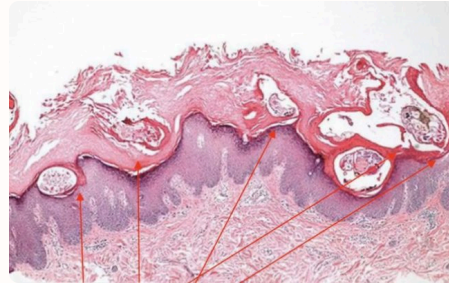
DIAGNÓSTICO RÁPIDO

Doença	Agente	Wood	KOH
Eritrasma	<i>C. minutissimum</i>	Vermelho-coral (porfírina)	Negativo (bactéria)
Pitíriase versicolor	<i>Malassezia</i> spp.	Amarelada / prateada	Espaguete + almôndegas
Tinea capitis (<i>Microsporum</i>)	<i>M. canis</i> / <i>audouinii</i>	Verde-fluorescente	Hifas no interior da haste
Tinea capitis (<i>Trichophyton</i>)	<i>T. tonsurans</i> / <i>violaceum</i>	Não fluoresce	Hifas endotriques

Doença	Sinal dermoscópico	Detalhe clínico
Escabiose	Delta-asa de avião (ácaro no fim do túnel)	Prurido noturno · sulco · permetrina 5% ou ivermectina oral
Tungíase	Anel branco-amarelado + pontos negros (ovos)	Tunga penetrans · subplantar · orifício central
Pediculose capitis	Lêndeas no fio de cabelo	Ovo aderido a 1cm do couro
Míase furunculoide	Orifício central com movimento	Dermatobia hominis · oclusão + extração



Escabiose – sinal dermoscópico



Escabiose – histopatologia



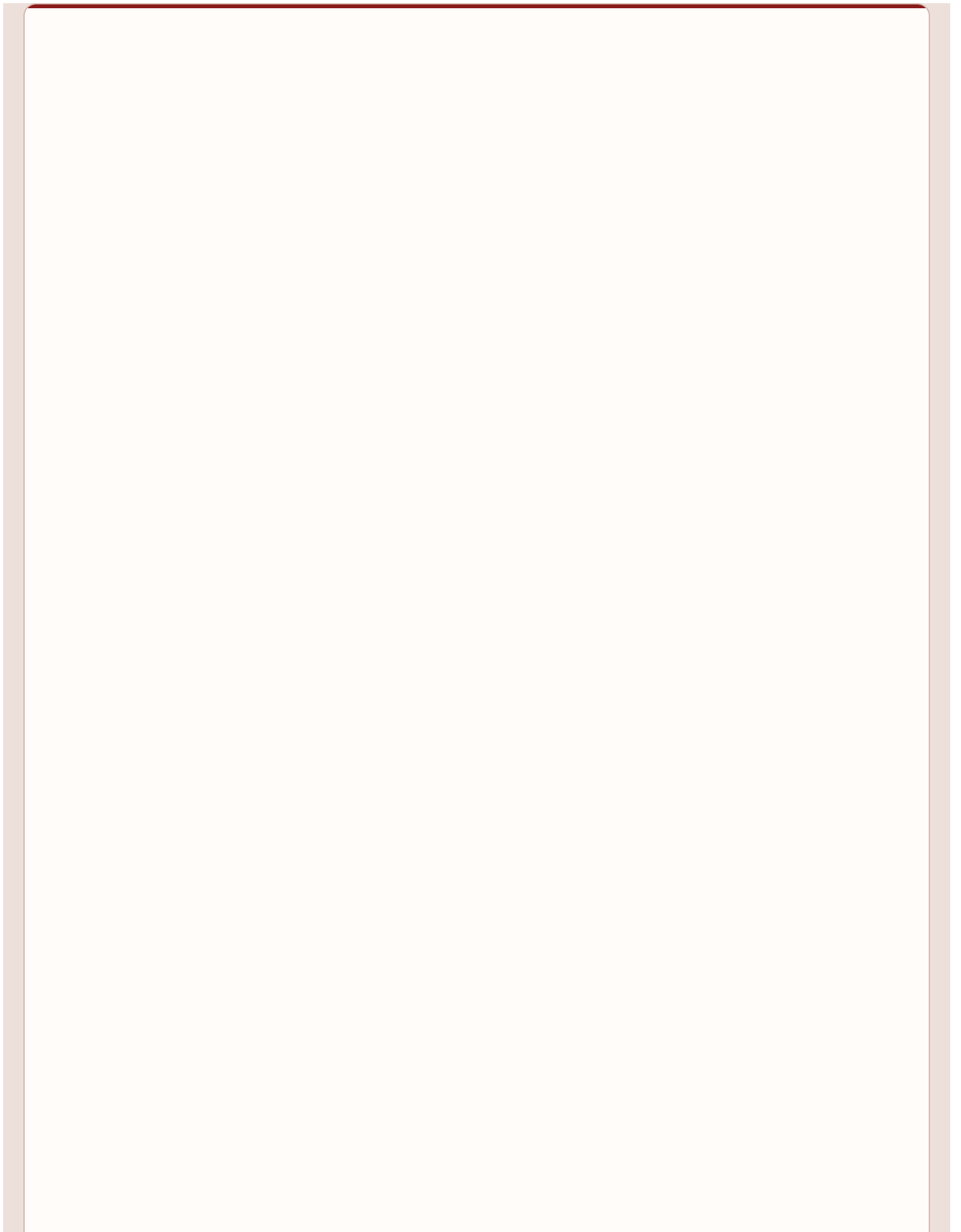
Tungíase



Pediculose – lêndeas



Míase furunculoide



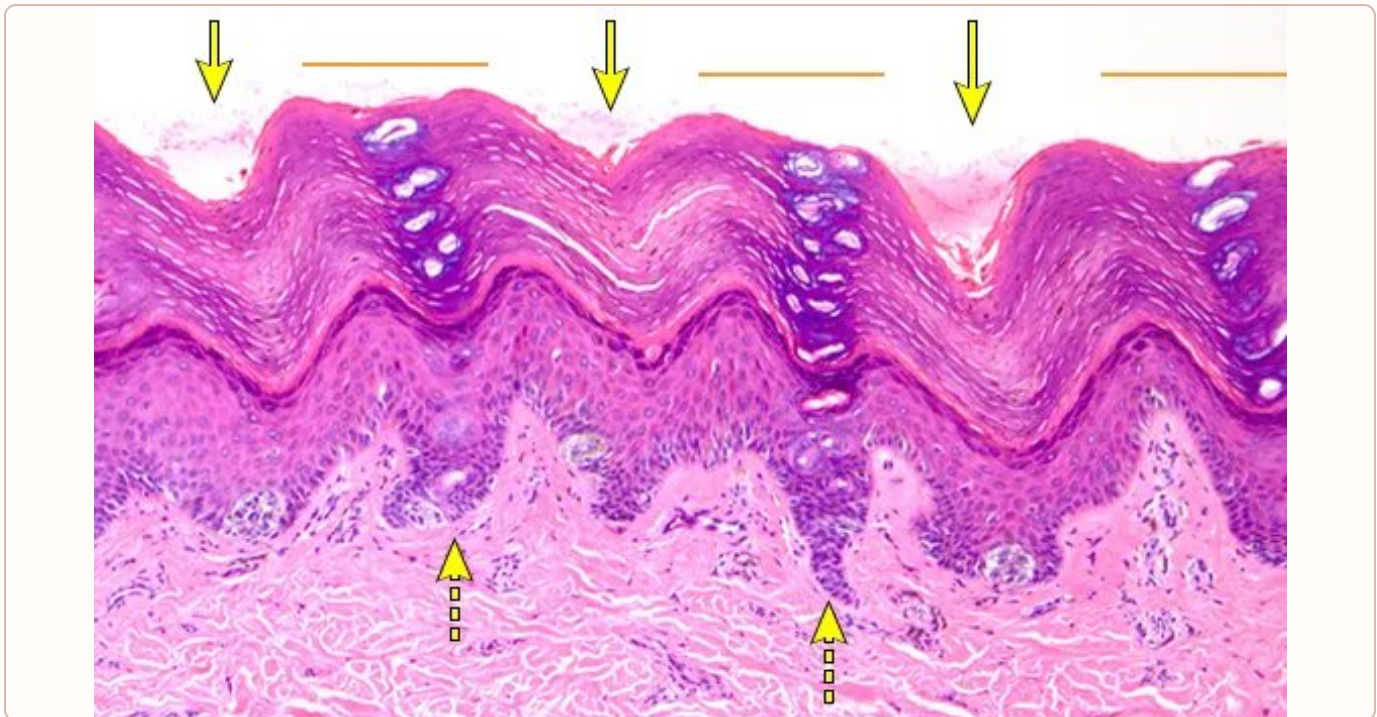
Padrão	Interpretação
Cristas paralelas	Melanoma acral (maligno)
Sulcos paralelos	Nevo acral (benigno)
Lattice / fibrilar	Nevo acral (benigno)
Melanose racial (planta)	Sulcos paralelos · cristas poupadas

PARALELISMO ACRAL — BASE HISTOLÓGICA

São linhas paralelas que pigmentam os **sulcos** (cristas limitantes) ou as **cristas** (crista intermédia).

Benignas: ninhos na crista profunda limitrofe (= sulco).

Malignas (melanoma): crista profunda intermédia (= cristas).

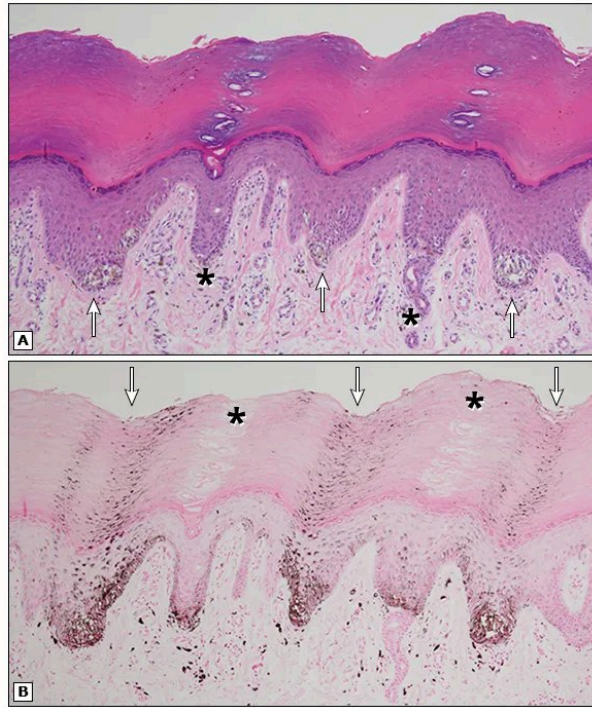


Pele voilar: cristas (barra laranja) + sulcos (setas) na superfície. Sob a camada córnea espessa, duas cristas rete epidérmicas — crista profunda intermédia (seta tracejada) = cristas superficiais; crista profunda limitante (ponta de seta) = sulcos superficiais.

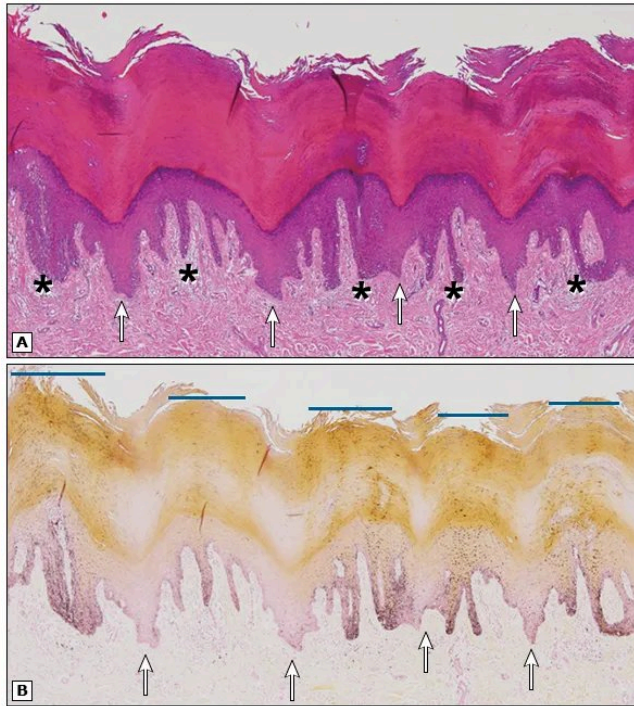
NEVO ACRAL x MELANOMA ACRAL

Nevos acrais: melanócitos em ninhos na crista profunda limitante → pigmento nos **SULCOS** (benigno).

Melanoma acral: melanócitos na crista profunda intermédia → pigmento nas **CRISTAS** (maligno).



Nevo acral junctional. (A) Ninhos de células névicas predominantemente na crista profunda limitante (setas → sulcos); poucos melanócitos na crista profunda intermédia (asteriscos) — HE. (B) Grânulos de melanina na camada córnea em colunas paralelas sob os sulcos superficiais (setas), quase ausentes sob as cristas superficiais (asteriscos) — Fontana-Masson.



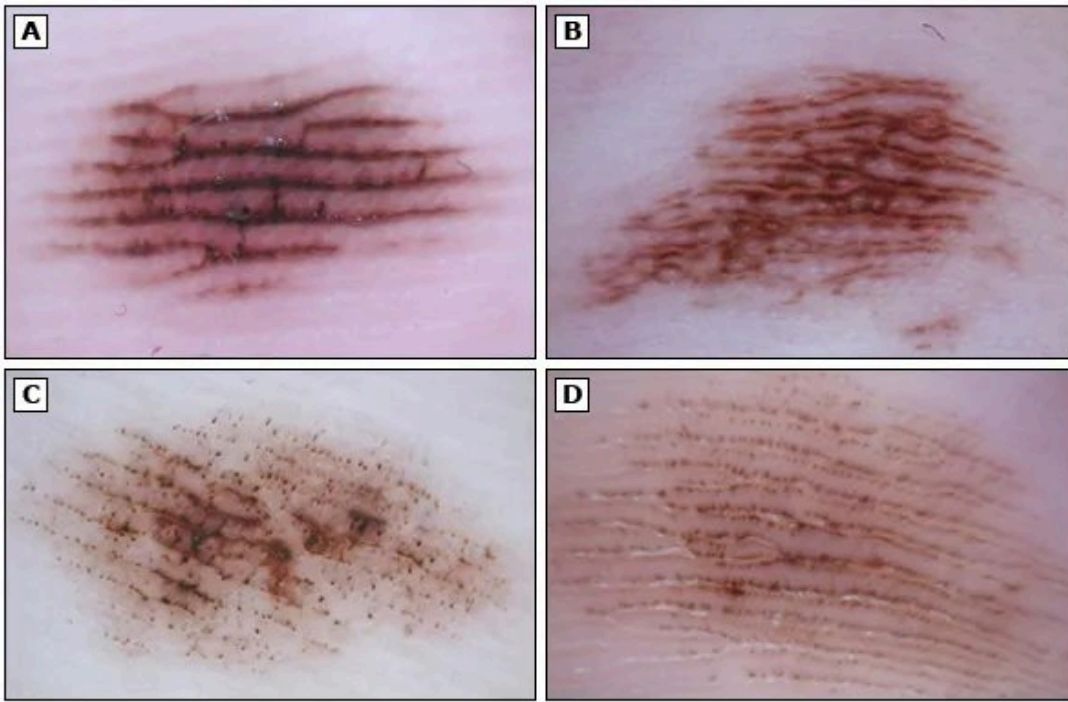
Melanoma acral. (A) Melanócitos como unidades solitárias principalmente na crista profunda intermédia (asteriscos); alguns também na crista profunda limitans (setas → sulcos). (B) Grânulos de melanina derivados dos melanócitos da crista profunda intermédia → colunas largas sob as cristas superficiais (barras azuis); ausentes sob o sulco superficial (crista profunda limitans, setas). Corresponde ao padrão dermatoscópico de **cristas paralelas** (maligno).

SULCOS PARALELOS E VARIANTES

PADRÃO BENIGNO — SULCOS PARALELOS

Tipo básico: única linha sólida de pigmentação nos sulcos.

Variantes: linha sólida dupla · linha pontilhada simples · linha pontilhada dupla.



(A) Linha única · (B) Linha dupla sólida · (C) Linha pontilhada única · (D) Linha pontilhada dupla.



Padrão em treliça (lattice-like) – palma da mão: pigmento formando linhas lineares ao longo e *através* dos sulcos superficiais (variante benigna).

PADRÃO FIBRILAR

PADRÃO FIBRILAR

Pigmentação densamente compactada, fina, fibrilar, disposta perpendicular ou obliquamente às marcas paralelas da pele. Resulta da **pressão mecânica**. Detectado em 10–20% dos nevos plantares (raro nos palmares).

⚠ ATENÇÃO – REGULAR × IRREGULAR

O padrão fibrilar **regular** dos nevos deve ser diferenciado do **IRREGULAR** dos melanomas (existem critérios específicos para isso).



(A) Fibrilar **regular (nevo benigno)**: arranjo simétrico, extremidades alinhadas em linhas retas correspondendo ao SULCO. (B) Fibrilar **irregular (melanoma)**: fibras variáveis em cor e espessura, dispostas de forma desordenada; extremidades não se alinham em linha reta.

NEVO MELANOCÍTICO CONGÊNITO ACRAL

DIFERENCIAÇÃO POR TAMANHO

Pequenos ($\leq 1,5$ cm) → DDx com melanoma acral.

Padrões: **sulcos paralelos · crista pontilhada · ervilhas em uma vagem.**



Crista pontilhada



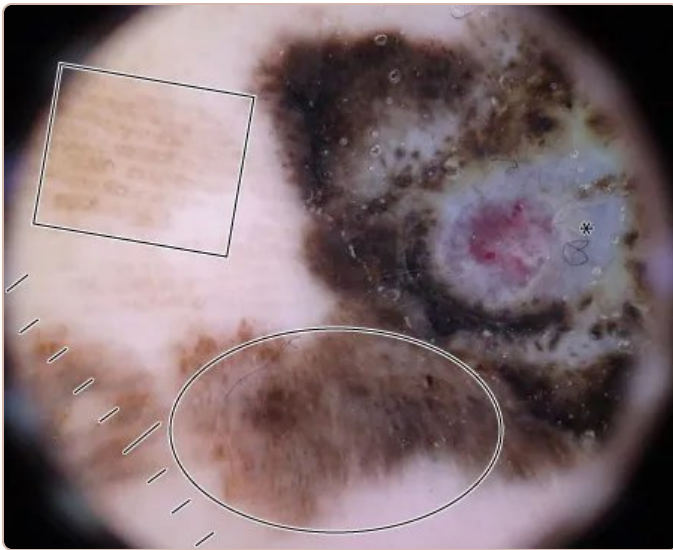
Ervilhas em uma vagem (peas-in-a-pod)

MELANOMA ACRAL — DERMATOSCOPIA

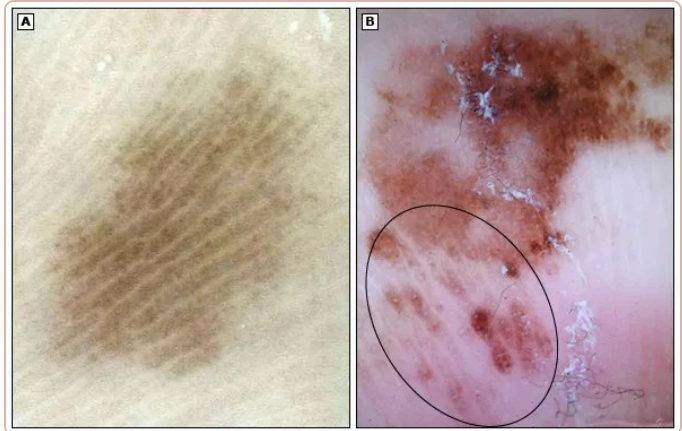
● PADRÕES MALIGNOS — ALTA S E E

Cristas paralelas + pigmentação irregular e difusa → **alta sensibilidade e especificidade.**

Cristas paralelas = melanoma acral inicial · **pigmentação irregular difusa** = melanoma acral avançado.



Melanoma acral 1. Nódulo ulcerado à direita circundado por véu branco-azulado (asterisco). Padrão de crista paralela (quadrado) e padrão fibrilar irregular (círculo). Estrias irregulares na periferia da pigmentação preta central.



Melanoma acral 2. (A) **In situ** → padrão de cristas paralelas cobre quase toda a lesão. (B) **Invasivo inicial** → padrão apenas na porção inferior (círculo) + pigmentação irregular e difusa na superior.

△ **NUNCA INVERTER**

Cristas = melanócitos → **melanoma**. Sulcos = ausência de melanócitos → **benigno**. A banca inverte e coloca cristas = benigno.

Estrutura	Significado
Véu azul-acinzentado	Melanoma invasivo (melanina na derme)
Estrias em regressão (brancas)	Regressão de melanoma
Seta de fogo	Melanoma de extensão superficial
Glóbulos / pseudópodes	Melanoma disseminativo superficial
Rede atípica	Linhas espessas e irregulares

Progressão do LM - Estágio 1: Invasão Folicular



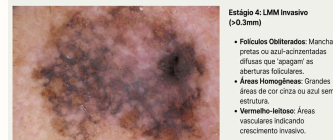
Lentigo maligno – estágio 1

Progressão do LM - Estágios 2 e 3: Extensão Interfolicular



Lentigo maligno – estágios 2 e 3

Progressão do LM - Estágio 4: Obliteração (LMM)



Lentigo maligno – estágio 4

Lentigos Solares: O Marco do Fotoenvelhecimento



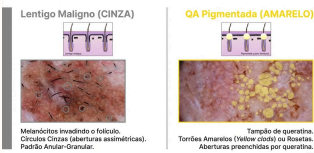
Lentigo solar

Diagnóstico Diferencial: Lentigo Solar vs. Lentigo Maligna



Lentigo solar x maligno

Diagnóstico Diferencial na Face: Pistas de Cores



Lentigo maligno x queratose actínica

Nevo de Spitz e Nevo de Reed



Spitz e Reed

A Regra do Azul-Preto



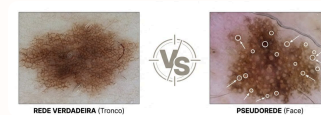
Nódulo azul – melanoma x nevo



Nevo azul



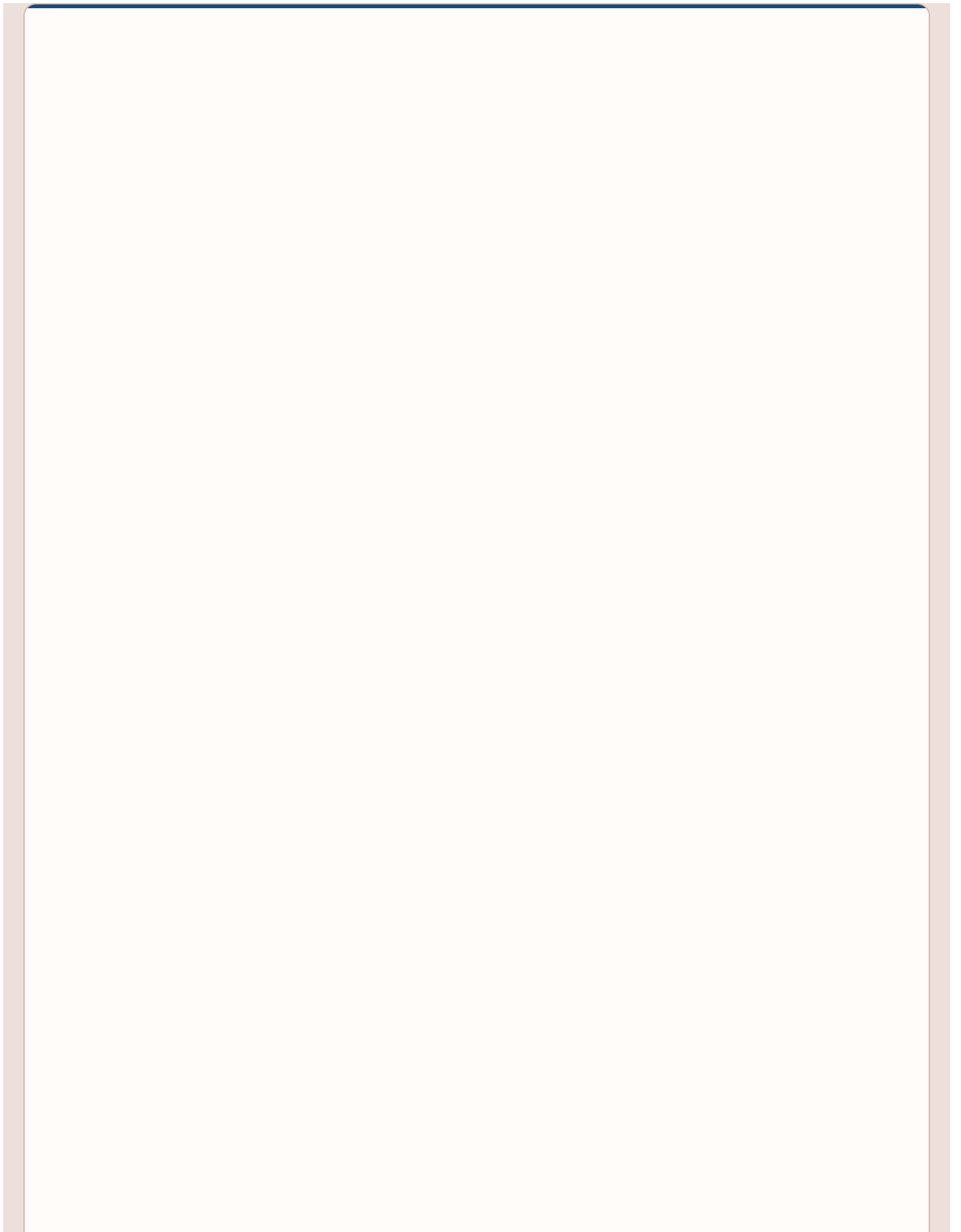
Nevo intradérmico



Rede verdadeira x pseudorede



Rede x pseudorede



Lesão	Padrão dermatoscópico
CBC nodular	Ninhos ovoides + arborizações vasculares + véu azul
Queratose seborreica	Comedões abertos + cistos de milium + giros cerebriiformes
Dermatofibroma	Vasos em pino (boliche) + anel branco central
Doença de Bowen	Vasos glomerulares em superfície escamosa
Queratoacantoma	Vasos em coroa + estruturas queratínicas centrais
Xantogranuloma juvenil	Padrão "sol poente" - estrutura em nuvem

Lacunares vasculares	São estruturas arredondadas e agrupadas de coloração vermelha, violácea ou enegrecida. Encontradas nas lesões angiomatosas.	
Vasos em vírgula	Estruturas vasculares curtas, em formato de vírgula. Encontradas nos nevos melanocíticos intradérmicos.	
Vasos em coroa	São vasos finos e curvos, que podem ser ramificados. Não atravessam o centro da lesão. Encontrados nas hiperplasias sebáceas.	
Vasos Lineares irregulares	São vasos lineares e tortuosos e podem ocorrer no melanoma amelanótico.	
Vasos em grampo de cabelo	São estruturas vasculares lineares curtas e curvas, associadas a halo branco periférico. Encontrados nas QS, CEC, queratoacantoma.	
Vasos glomerulares	São vasos enovelados, dispostos de forma agrupada e focal. Encontrados na doença de Bowen.	
Vasos puntiformes	São estruturas puntiformes vermelhas encontradas em lesões inflamatórias (como psoríase) ou tumorais benignas (nevo de Spitz, acantoma de células claras) ou malignas (melanoma e doença de Bowen).	
Vasos em saca rolha	Vasos tortuosos em torno do próprio eixo. Ocorrem no melanoma (melanoma desmoplásico, nodular e metástase cutânea de melanoma).	

Dermatoscopia — padrões vasculares.

- 1. Cistos tipo Milium: Torrões redondos de queratina.
- 2. Pseudo-aberturas comedonianas.
- 3. Dedos Gordos (Fat Fingers).
- 4. Borda Roldá: Limite abrupto.
- 5. Padrão Cerebriforme (Aspecto de cérebro).

Queratose seborreica

Ceratose Semelhante ao Líquen Plano (LPLK)
O Grande Imitador (Regressão)

Conceito:
• Frequentemente um lentigo solar ou ceratose seborreica em regressão.

A Confusão:
• Apresenta granulação cinza (regressão), mimetizando o Melanoma.

Diferenciação: Diferente do LM, os pontos cinzas tendem a ser grosseiros e confluentes, cobrindo a lesão de forma difusa, sem o padrão folicular específico.

Nota Clínica:
Se houver dúvida, biopsiar.

LPLK (queratose liquenoide)

O "Velo": Nódulos branco-amarelados agrupados ao redor de um fóliculo.

Papules amareladas com depressão central ("pápulas em vulcão").

Vasos em Coroa (Crown Vessels): Vasos lineares, curtos que circundam a periferia sem cruzar o centro.

Hiperplasia sebácea

Carcinoma Basocelular (CBC): O Vilão Discreto
A Árvore Vasculat

Características: Vasos nítidos, focados, que se ramificam (tronco → galhos).

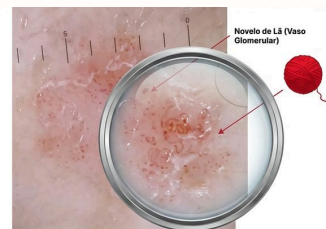


Fundo: Brilhante, translúcido, por vezes com ulceração.

Diagnóstico por Ausência:
Sem rede pigmentar verdadeira.

Diagnóstico por Presença:
Vasos Arboriformes.

CBC — dermatoscopia



Padrão Vascular: Vasos Glomerulares (semelhantes a um 'novelo de lã').

Chave Diagnóstica: Vasos agrupados + Superfície descamativa.

Dica TED (Bowen Pigmentado): Procure por pontos marrons periféricos em arranjo linear.

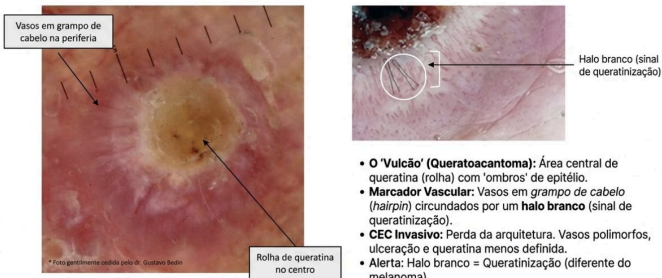
Diferenciação: Mais circunscrito que a QA; vasos mais estruturados que o eritema difuso.



Doença de Bowen (CEC in situ)

O Enovelado Vascular

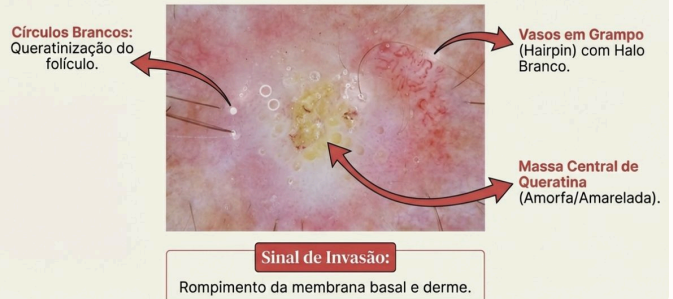
Doença de Bowen



Queratoacantoma x CEC

- O 'Vulcão' (Queratoacantoma): Área central de queratina (rolha) com 'ombros' de epitélio.
- Marcador Vascular: Vasos em grampo de cabelo (hairpin) circundados por um halo branco (sinal de queratinização).
- CEC Invasivo: Perda da arquitetura. Vasos polimorfos, ulceração e queratina menos definida.
- Alerta: Halo branco = Queratinização (diferente do melanoma).

Carcinoma Espinocelular (CEC) Invasivo



CEC invasivo

Tricoscopia – correlação

TED 2025 Q3

Padrão	Diagnóstico
Rolha córnea	LED (Lúpus discoide)
Pontos brancos perifoliculares	LPP (líquen plano pilar)
Vírgula / corkscrew	Tinha capitis (dermatofitose)
Pontos pretos	Alopecia areata (severa)
Miniaturização	Alopecia androgenética
Pontos amarelos	Alopecia areata (fóliculo vazio)



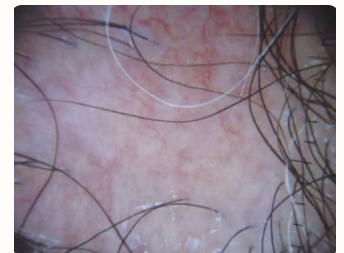
Alopecia androgenética



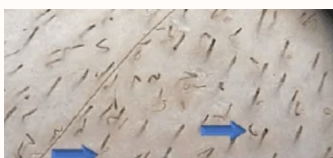
Alopecia areata



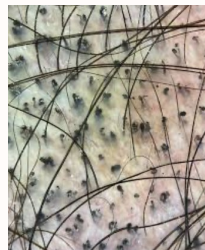
Líquen plano pilar



Lúpus discoide



Tinea capitis



Tinea capitis



Tricotilomania

△ INVERSÃO TED 2025 Q3

Rolha córnea = LPP - Pontos brancos = LED · Rolha córnea = LED. Pontos brancos perifoliculares = LPP.

Estrutura dermoscópica	Correlato histológico
Rede pigmentar	Células melanocíticas nos cones interpapilares
Véu azul-esbranquiçado	Epiderme acantótica + hiperqueratose compacta
Peppering	Acúmulos focais de melanófogos
Ninhos ovoides / estruturas em folha	Agrupamentos de células basaloides na derme (CBC)

Guia Dermatoscópico: Lesões Não Melanocíticas e Padrões Faciais

Lesões Não Melanocíticas Malignas e Pré-Malignas

CBC: Vasos Arboriformes e Ninhos Ovídeos

- telangiectasias em galho
- ulcerações
- estruturas em folha de bordo

Doença de Bowen: Vasos Glomerulares

Padrão de vasos enovelados (como "bolas de lã") em placas eritematoescamosas.

Queratoacantoma: Rolha de Queratina Central

Cratera central de queratina cercada por vasos em grampo com halo branco.

Lesão			
Padrão de Vasos Principal	Arboriformes	Glomerulares	Em grampo de cabelo
Estrutura Associada	Ninhos ovídeos e glóbulos azul-cinza	Descamação e ausência de rede	Rolha de queratina e halo branco

Dermoscopia em Regiões Especiais (Face)

A Falsa Rede (Pseudorede Facial)

Pigmentação difusa interrompida por folículos, devido à junção dermoepidérmica achatada da face.

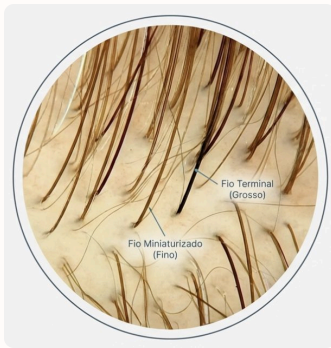
Lentigo Maligna: Círculos e Alvos

Melanócitos pigmentados invadindo unidades foliculares, criando padrões de círculos cinzas e alvos.

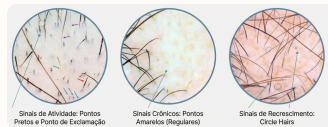
Ceratoses Actínicas (QA)	Lentigo Maligna
<p>Ceratoses Actínicas (QA)</p> <p>torrões amarelos</p>	<p>Lentigo Maligna</p> <p>círculos cinzas assimétricos</p>

► **Ponte diagnóstica:** a tricoscopia (Pirmez) funciona como correlação clínico-patológica em tempo real — liga a macroscopia clínica às alterações histológicas subjacentes, otimiza a escolha do sítio de biópsia e refina o diferencial.

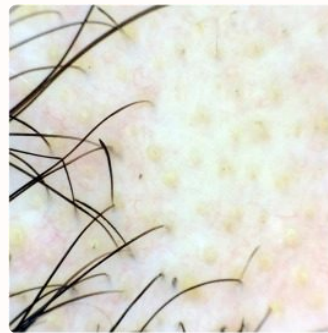
Achado tricoscópico	Representação histopatológica	Diagnóstico
Diversidade de diâmetro da haste (>20%)	Miniaturização folicular (patognomônico)	Alopecia androgenética (AGA)
Pontos amarelos (yellow dots)	Óstios vazios com sebo + queratina · regular = AA, irregular = AGA	AA crônica · AGA progressiva
Pontos pretos + cabelo em ponto de exclamação	Fratura da haste no estrato córneo / estreitamento proximal por insulto agudo ao bulbo	Alopecia areata (AA)
Constrições de Pohl-Pinkus	Estreitamentos periódicos (monilethrix-like) por ataques inflamatórios intermitentes	Alopecia areata (AA)
Cabelos em vírgula e saca-rolhas	Deformação da haste por invasão fúngica endothrix	Tinea capitis (Trichophyton)
Bandas brancas finas (código Morse)	Esporos ao redor da haste · padrão retilíneo + descamação difusa = ectothrix	Tinea capitis (Microsporum)



Alopecia androgenética



Alopecia areata



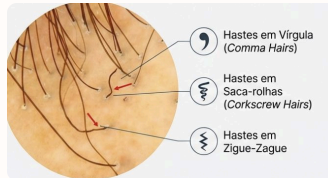
AA – pontos amarelos



AA – detalhe



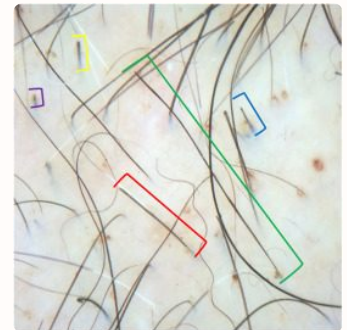
Distúrbios da haste



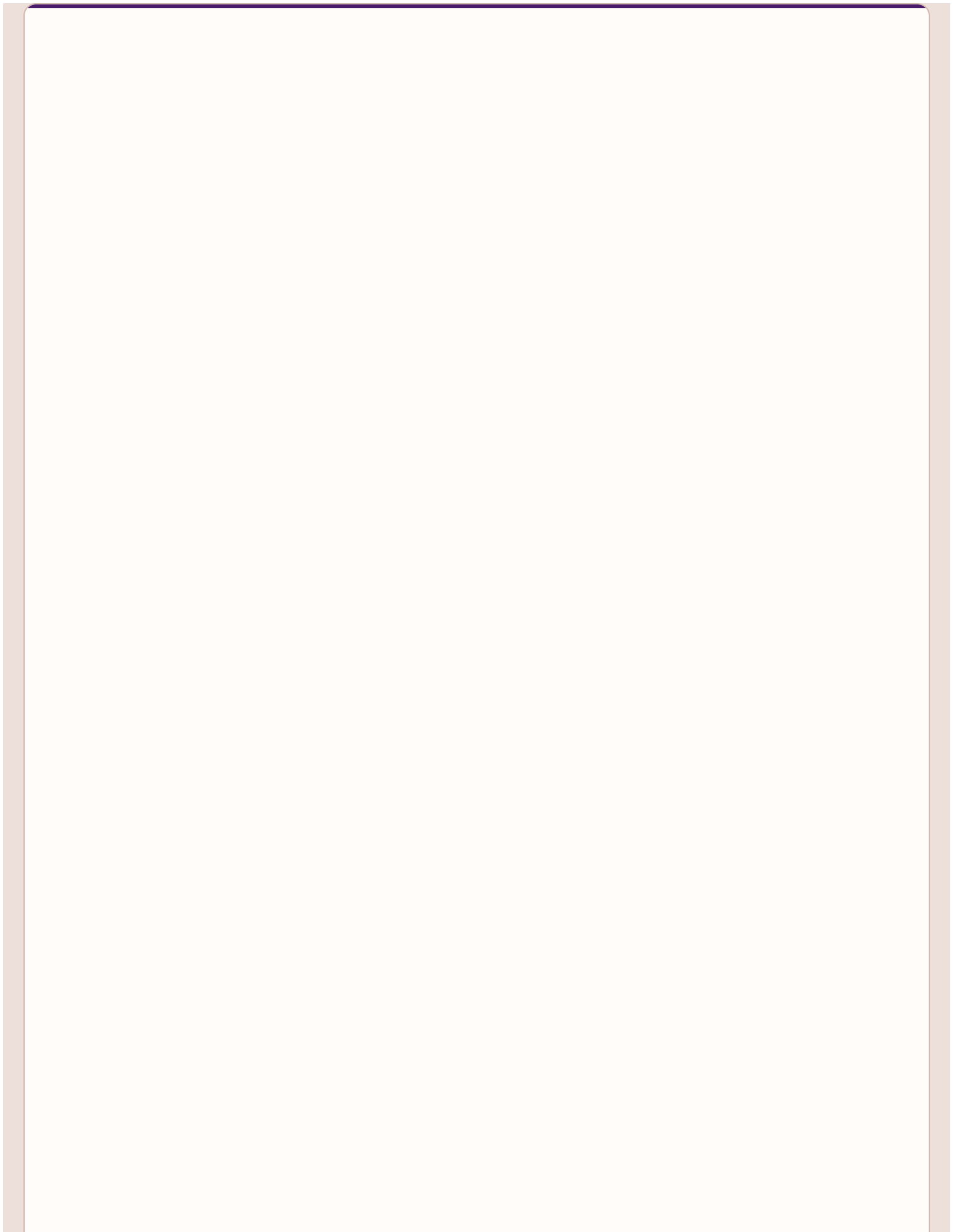
Tinea capitis (tricrofítica)



Eflúvio telógeno



Tricotilomania



Líquen Plano Pilar (LPP)

Eritema + descamação perifolicular (cilindros peripilares) · tufo de 2-4 hastas com escamas · fototipo alto → incontinência pigmentar em **padrão alvo** (pontos azul-acinzentados).

Lúpus Discoide (LED)

Inflamação peri e interfolicular · pele escura → pontos azul-acinzentados em **padrão salpicado (speckled)** · pontos vermelhos foliculares = folículos viáveis · plugues ceratóticos + vasos arboriformes = atividade.

CCCA (cicatricial centrífuga central)

Halos branco-acinzentados peripilares (= fibrose perifolicular) · máculas em asterisco (pigmentação anômala) · rede pigmentar preservada.

Alopecia Frontal Fibrosante (FFA)

Marco: **perda de pelos vellus** na linha anterior · pili torti (hastas achatadas e torcidas 180° sobre o eixo) por inflamação e fibrose.



LED — tampões (plugues) ceratóticos foliculares.



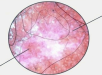
Líquen plano pilar clássico — perda das aberturas foliculares e descamação perifolicular sugerem o diagnóstico.



FAPD — ao fundo, couro cabeludo escuro normal; pontos brancos pontuais (setas verdes) = aberturas das glândulas écrinas; padrão em favo de mel = arquitetura normal (cristas reticulares ao redor das papilas dérmicas).

Líquen Planopilar (LPP)

Inflamação folículoentrínica.
Tricosegias; Descamação perifollicular (casts) e eritema.

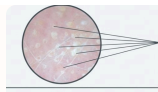


Alopecia Frontal Fibrosante (FFA)

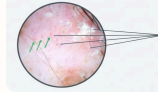
Sinal Patognomônico: Perda completa dos pelos vellus na linha de implantação.



LPP x FFA

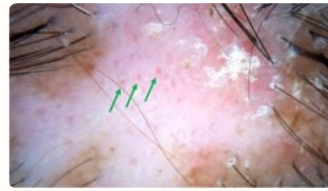


Plugues Ceratóticos
(Rolhas de queratina)

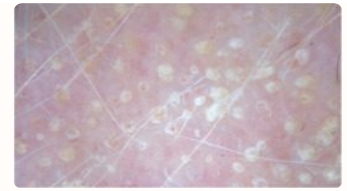


Pontos Vermelhos Foliculares
(Red dots) e Vasos
Vasos Arboriformes Grossos
Pontos Azul-Acinzentados (Speckled)

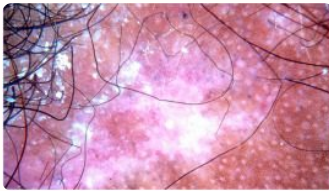
LED — visão geral



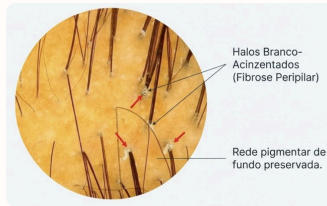
LED — pontos vermelhos foliculares



LED — plugues ceratóticos



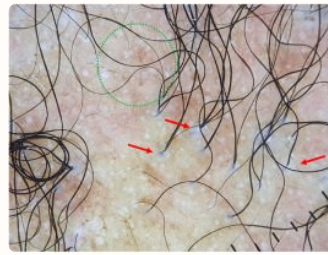
LED — ruptura da rede (pele escura)



Halos Branco-Acinzentados
(Fibrose Peripilar)

Rede pigmentar de fundo preservada.

CCCA — visão geral



CCCA — halos peripilares + máculas em asterisco

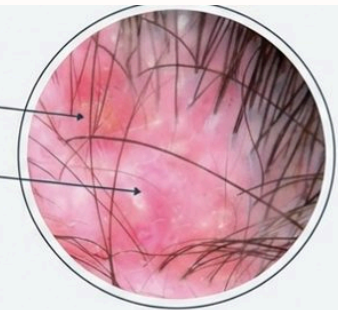
Cicatriciais neutrofílicas — destruição e regeneração

NEUTRÓFÍLICA

- **Celulite dissecante:** fase inicial mimetiza AA (pontos amarelos + pretos, rebrota se tratada cedo) → fase exsudativa (grandes plugues ceratóticos) → fase tardia (fendas cutâneas de onde emergem hastes + fibrose branca sem poros).
- **Foliculite decalvante:** tufo capilares exuberantes (>5 hastes por óstio) circundados por escamas concêntricas, crostas hemorrágicas e pústulas foliculares.

Foliculite Decalvante

Poliotriquia (Tufting) e Pústulas.



Celulite Dissecante

Fase Avançada: Fendas cutâneas e áreas branco-leitosas.



Foliculite decalvante x Celulite dissecante

Couro cabeludo normal (pele negra) — não confundir

ANATOMIA NORMAL

- **Pontos brancos pinpoint:** aberturas fisiológicas das glândulas écrinas.
- **Pigmentação em favo de mel (honeycomb):** cristas epidérmicas (rete ridges) hiperpigmentadas circundando as papilas dérmicas.
- ✓ Reconhecer a anatomia normal do fototipo alto evita falso diagnóstico de fibrose ou inflamação.

Estágio final (end-stage)

IRREVERSÍVEL

- **Perda total das aberturas foliculares** — desfecho comum das cicatriciais.
- Histologia: substituição definitiva da unidade pilossebácea por tecido cicatricial / fibrose densa.
- Visual: áreas **branco-leitosas ou vermelho-leitosas** = interrupção da viabilidade folicular.

07 CIRURGIA DERMATOLÓGICA — RETALHOS · SUTURAS

Lógica dos retalhos — classificação

BASE

Tipo	Movimento	Exemplos	Triângulo de Burrow?
Avanço	Linear (avança sobre o defeito)	H-plastia · ilha · pediculado	Lateral ao defeito
Rotação	Arco ao redor do defeito	Rotação simples	Ao final do arco
Transposição	Cruza sobre pele normal	Melolabial · romboidal · bilobado · dobradiça	Depende da técnica

Retalhos nasais — lógica por localização

TPI 2ª FASE

Defeito	Retalho	Artéria	Tempos
Dorso nasal	Rieger (nasal)	Angular	1
Asa nasal	Melolabial (nasolabial)	Angular	1 ou 2
Subtotal (dorso+ponta+asa)	Paramediano frontal	Supra-trocLEAR	2 tempos
Alar espessura total	Enxerto composto	—	Concha auricular

△ PARAMEDIANO — 2 ARMADILHAS CLÁSSICAS

Banca coloca supra-**orbital** (é supra-**trocLEAR**) e 1 tempo (são **2 tempos**).

Retalhos específicos — geometria cobrada em imagem

GEOMETRIA

- **Romboidal (Limberg)**: transposição · ângulos 60°/120° · triângulo de Burrow no doador.
- **Bilobado**: transposição · 2 lobos · 45°+45° (total 90°) · nariz e orelha.
- **M-plastia**: avanço modificado · preserva tecido nos cantos · reduz "dog ear".
- **Retalho em ilha**: avanço com pedículo subcutâneo · sem epidermização da ponte.
- **Dobradiça (hinge)**: transposição 180° · mucosa oral / pálpebra · TED 2023.
- **Z-plastia**: transposição dupla · alonga cicatriz · corrige retrações.

Suturas – pontos de prova

INVERSÃO

Fio	Tipo	Força tênsil 50%
Vicryl	Multifilamento · absorvível	2 semanas (não 4!)
PDS	Monofilamento · absorvível	6 semanas
Polipropileno	Monofilamento · permanente	–

△ INVERSÃO CLÁSSICA

Vicryl 50% em 4 semanas / Polipropileno = multifilamento · **Vicryl 50% = 2 semanas. Polipropileno = monofilamento.**

Anticoagulantes – suspensão pré-operatória

PRÉ-OP

Droga	Suspensão
AAS	5 dias
Clopidogrel	10 dias
Varfarina	5 dias
Rivaroxabana	2 dias (meia-vida curta)

△ INVERSÃO

Rivaroxabana = 10 dias · **Rivaroxabana = 2 dias. Clopidogrel = 10 dias.**

Laser – cromóforos e comprimentos de onda

FÍSICA

Cromóforo	Laser	λ	Indicação
Melanina	Q-switched Nd:YAG · Alexandrite · Ruby	600–1100nm	Tatuagens · lesões pigmentadas
Oxihemoglobina	PDL (corante pulsado)	595nm	Vasos · hemangiomas · rosácea
Água	CO ₂ · Er:YAG	2940–10600nm	Rejuvenescimento ablativo

- **CO₂ = mais downtime.** Er:YAG = recuperação mais rápida.
- TiO₂ + Q-switched = preto irreversível (pigmento branco de tatuagem).
- Tatuagem preta = Q-switched Nd:YAG 1064nm.

Anticorpos de miosite

TED 2023 · 2024

Anticorpo	Associação	Prognóstico
Anti-Mi2	DM clássica, lesões cutâneas proeminentes	Bom
Anti-TIF1γ	DM + neoplasia em adultos (ovário, pulmão, TGI)	Pior
Anti-MDA5	DM amiopática + ILD rapidamente progressiva	Pior
Anti-Jo1	Antissintetase: miosite+ILD+artrite+mãos de mecânico	Moderado
Anti-NXP2	DM + calcinose (crianças)	—

△ PEGADINHAS TED 2023 + 2024

Anti-Mi2 → solicitar pela neoplasia · **Anti-Mi2 = bom prognóstico. Anti-TIF1γ = neoplasia.**
 Calcinose = adultos · **Calcinose = crianças (Anti-NXP2).**

FAN — padrões

TED 2022 Q58

Padrão	Anticorpo	Doença
Homogêneo	Anti-dsDNA · Anti-histona (LID)	LES · LID
Periférico	Anti-dsDNA nativo	LES ativo com nefrite
Nucleolar	Anti-RNA pol III	Esclerodermia difusa
Pontilhado grosso	Anti-Sm · Anti-U1RNP	LES · DMTC
Pontilhado fino	Anti-Ro/SSA · La/SSB · centrômero	Sjögren · LECSA · CREST
Citoplasmático	Anti-Jo1	Antissintetase

△ PEGADINHA TED 2022 Q58

Nucleolar = Anti-Sm · **Nucleolar = Anti-RNA pol III (esclerodermia). Anti-Sm = pontilhado grosso = LES.**

LE com bolhas × LES bolhoso

TED 2024 Q43

	LE com bolhas	LES bolhoso
Mecanismo	Degeneração hidrópica ZMB	Anti-colágeno VII
Área	Fotoexposta	Qualquer área
Renal	Menos	Mais
AP	Vacuolização basal	Abscessos neutrofílicos nas papilas
Tratamento	—	Dapsona

IST – diferencial rápido

ÚLCERAS

IST	Agente	Úlcera	Adenopatia	Detalhe
Sífilis I	T. pallidum	Indolor · borda endurecida	Indolor	VDRL pode ser negativo
Cancro mole	H. ducreyi	Dolorosa	Dolorosa (bubão)	Gram- · fila indiana
LGV	C. trachomatis L1-3	Pequena · transitória	Sinal de Groove	Fistuliza
Donovanose	K. granulomatis	Vegetante · sem adenite	Ausente	Corpos de Donovan

Herpes – AP clássico da 2ª fase

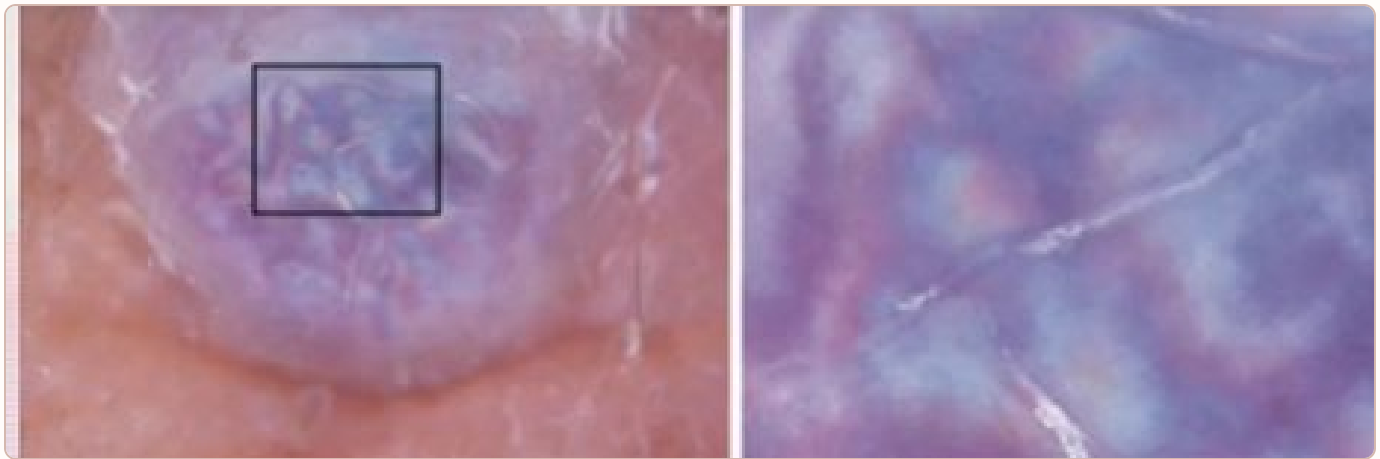
TED 2024

- AP: **células gigantes multinucleadas** + balonamento + inclusões intranucleares (Cowdry A).
- Clivagem intraepidérmica por necrose de queratinócitos.
- Erupção variceliforme de Kaposi (eczema herpético): HSV disseminado em DA.
- Herpes zoster: dermatomo · célula multinucleada · imunossuprimidos = disseminação.

Kaposi – histopatologia

TED 2025

- AP: células fusiformes + fendas vasculares irregulares + hemácias extravasadas + corpúsculos hialinos (PAS+).
- IHQ: **CD34+** · **CD31+** · **HHV-8+**.
- Formas: clássica (MMII idosos) · africana endêmica · transplantado · AIDS (disseminado).



Sarcoma de Kaposi – dermatoscopia: área amorfa eritemato-violácea, azulada ou esbranquiçada · sob luz polarizada, **padrão em arco-íris (rainbow pattern)** · escamas.

Biológicos — o que o TED cobra

APOSTA ALTA

Biológico	Alvo	Indicações	Efeito adverso
Ustequinumabe	p40 (IL-12 + IL-23)	Psoríase · DC · artrite	—
Guselcumabe / Rizankizumabe	p19 (só IL-23)	Psoríase	—
Secuquinumabe / Ixequizumabe	IL-17A	Psoríase · EA	Candidíase oral · DII
Dupilumabe	IL-4Ra (IL-4 + IL-13)	DA · asma · RSCcPN	Conjuntivite
Nemolizumabe	IL-31RA	DA (prurido) · prurigo nodular	—
Adalimumabe	TNF- α	HS · psoríase · DC	Reativação TB

△ INVERSÃO FAVORITA — P40 × P19

p40 (IL-12+IL-23) = **Ustequinumabe**. p19 (só IL-23) = Guselcumabe, Rizankizumabe, Tildrakizumabe. Anti-IL-17 = candidíase oral (≠ conjuntivite do dupilumabe).

Medicamentos com pegadinhas clássicas

ATENÇÃO

Droga	Ponto que cai
Talidomida	Neuropatia periférica permanente · ENH = 1ª linha · Tipo 1 = CONTRAINDICADA
Dapsona	Metemoglobinemia → azul de metileno · G6PD antes · síndrome da sulfona 4–6 sem
Bexaroteno	300mg/m ² /dia + hipotireoidismo central (não hiper)
PTU	LID = ALTO risco · vasculite ANCA com MPO+
Clofazimina	Coloração avermelhada + ictiose · só no MB
Isotretinoína	Teratogênica absoluta · dose cumulativa 120–150mg/kg · queilite ~100%

Preenchedores — metabolismo

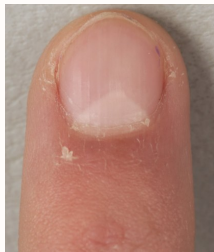
APOSTA ALTA

Substância	Reversível?	Metabolismo	Radiopaco?
HA	Sim (hialuronidase)	Enzimático local	Não
CaHA	Não	Ca²⁺ + PO₄³⁻ via macrófagos	Sim
PLLA	Não	CO₂ + H₂O (ciclo do lactato)	Não
PMMA	Permanente	Nenhum (inerte)	Não

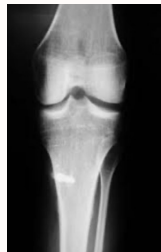
△ INVERSÃO MAIS COBRADA — PLLA × CAHA

CaHA = CO₂ + H₂O · PLLA = Ca²⁺ + PO₄³⁻ · PLLA = CO₂ + H₂O. CaHA = macrófagos → Ca²⁺ + PO₄³⁻. CaHA = único radiopaco.

Alteração	Características	Associação
Síndrome das unhas amarelas	Unhas amareladas, aumento da curvatura, onicólise, ausência de cutícula, crescimento lento ou ausente	Linfedema · afecções crônicas do trato respiratório · pode ser paraneoplásica
Síndrome unha-patela	Lâmina aumentada ou hipoplásica · lúnula triangular simétrica, sobretudo nas mãos com predileção pelo polegar	RX: ausência ou hipoplasia das patelas
Unha meio-a-meio	Leuconiquia aparente na metade proximal + metade distal vermelho-escura	Hiperuricemia · doença renal crônica
Unhas de Terry	Leuconiquia aparente em toda a unha, exceto arco distal de 1-2 mm	Cirrose hepática · ou indivíduos normais
Síndrome da unha verde	Cloroniquia (coloração esverdeada da lâmina) · frequente onicólise e paroníquia · associada a umidade crônica	Infecção por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (pigmento piocianina)
Cisto mixoide	Estrias longitudinais com distrofia ungueal · lesão hipoecogênica ao ultrassom	Pseudocisto com pseudocápsula fibrosa, sem revestimento epitelial



Lúnula triangular (unha-patela)



Rx — síndrome unha-patela



Síndrome da unha verde



Síndrome das unhas amarelas



Síndrome unha-patela




Unha de Lindsay (meio a meio)



Unhas de Terry

17 Cronograma da reta final — 20 dias

A 2ª fase do TED é imagem pura, e a banca repete padrão. Pilares primeiro; temas raros no fim, como margem de segurança.

 **Rotina diária:** 60–90 min de treino de imagem (atlas/lâminas) + **10 questões cronometradas** (5 min cada). Com menos dias, funda os pares (D-20/D-19...).

0 de 20 dias concluídos

Pilares do corte

D-20 → D-13 · micologia, hanseníase, neoplasias, bolhosas — sozinhos já te levam perto do corte (24/40)

- D-20 Micologia I.** Superficiais + dermatófitos: KOH, Wood, ecto×endotrix, microcultivos. Monte seu atlas de 15 lâminas.
- D-19 Micologia II.** Profundas/sistêmicas: esporotricose, paraco (roda de leme), histoplasma, cripto, cromo (muriformes), lobomicose, feo-hifo, Fusarium, Aspergillus, Rhizopus.
- D-18 Hanseníase I.** Formas clínicas, baciloscopia/globias, Mitsuda, teste da histamina, classificação operacional.
- D-17 Hanseníase II + micobacterioses.** Reação 1×2×Lúcio×recidiva (conduta!), PQT, escrofuloderma, M. marinum, TB cutânea.
- D-16 Neoplasias I.** CBC + CEC + ceratoacantoma: subtipos de risco, Mohs, verrucoso, Marjolin. Dermatoscopia do CBC.
- D-15 Neoplasias II.** Melanoma: subtipos, dermatoscopia↔histo, melanoníquia (criança×adulto), laudo SBP. IHQ: SOX10, CK20, CD34, CD1a, triptase.
- D-14 Neoplasias III.** Anexiais (siringoma condroide, tricoepitelioma, hidrocistoma), Paget (CK7), micose fungoide, Kaposi, angiossarcoma, DFSP, mastocitose.
- D-13 Bolhosas + IFD.** 5 padrões de IFD, Dsg1×Dsg3, pênfigo por IgA, IgA linear→dapsona, herpetiforme, EBA, banda lúpica. + Hailey-Hailey e Darier.

Margem de segurança

D-12 → D-5 · o que separa aprovação tranquila de aperto

- D-12 Infecto/IST.** Sífilis completa (formas + sorologia), herpes atípico na Aids, papulose bowenoide, Heck, molusco, leishmaniose (lâmina + gestante), escabiose/crostosa, tungíase, larva migrans.

- D-11** **Cirurgia.** Retalhos (avanço, rotação, transposição, bilobado 45°, romboidal, Rieger, interpolação), Burow, Z-plastia, alçapão, enxertos (embebição 48h), instrumental, suturas.
- D-10** **Genodermatoses.** Tabela gene → síndrome (EV, Ferguson-Smith, Muir-Torre, Reed, BHD, Peutz-Jeghers, esclerose tuberosa, Netherton, Bloom, incontinência pigmentar, BRBN, Rendu-Osler).
- D-9** **Inflamatórias I.** Psoríase (Kogoj/Munro + conduta), líquen plano, PRP (pegadinha MF), pustuloses (Sneddon-Wilkinson, Hallopeau), eczemas + eczema herpético.
- D-8** **Inflamatórias II + temas de banca.** Prurigo nodular/nemolizumabe, urticária crônica/vasculite urticariforme, DRESS, DA + dupilumabe/JAK (conjuntivite!), psoríase paradoxal anti-TNF.
- D-7** **Colagenoses + úlceras.** Morfeia/golpe de sabre, LE (interface + banda), DM, esclerodermia. Vasculopatia livedoide x Martorell x calciflaxia + lesão por pressão (estadiamento).
- D-6** **Depósito + paraneoplásicas + pele negra.** Xantomas → lipidograma, amiloidose, mucinoses, pelagra, necrobiose; carcinoide → 5-HIAA, acantose maligna; ACC + queiloide + FFA.
- D-5** **Cabelos/unhas + cosmiaatria.** Tricoscopias (AA, ACC, tineia), onicopatias (exostose+Rx, unhas amarelas, cisto mixoide), laser: cromóforos, Q-switched, tatuagem; toxina/preenchedor — efeitos adversos.

🏁 Reta final

D-4 → D-1 · simulados, revisão de imagem e véspera

- D-4** **SIMULADO 1.** Prova inteira cronometrada (3h30) + correção comentada no mesmo dia. Anote cada erro por matéria.
- D-3** **SIMULADO 2.** Segunda prova + módulo de imagem. Revisão dirigida pelos erros.
- D-2** **Revisão de lâminas.** Só imagem: atlas micológico, padrões de IFD, dermatoscopias, retalhos. Flashcards em 2 passadas.
- D-1** **Véspera.** Tabela gene → síndrome, fluxograma de reação hansênica, sorologia de sífilis, ângulos de retalho. Teste técnico da plataforma. Dormir.

📌 **Matemática do corte:** garantindo só os pilares **D-20 → D-13** você cobre ~**22-24 acertos** esperados — o corte. Tudo a partir de D-12 é margem.

QUESTÃO 1

Paciente com úlcera indolor em lábio com **borda bem definida** (cancro) e adenopatia regional. AP: plasmócitos abundantes + vasos repletos. **Qual é o agente etiológico?**

- A Haemophilus ducreyi
- B Treponema pallidum
- C Chlamydia trachomatis L1-3
- D Klebsiella granulomatis
- E Mycobacterium marinum

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Treponema pallidum. Úlcera indolor com bordas bem definidas = cancro sífilítico. AP com plasmócitos é clássico. H. ducreyi causa cancroide (úlceras DOLOROSAS).

QUESTÃO 2

Biópsia com **clivagem INTRAEPIDÉRMICA** + balonamento citoplasmático. IFD: **IgG em padrão de teia de aranha.** **Diagnóstico?**

- A Penfigoide bolhoso
- B Pênfigo vulgar
- C Dermatite linear por IgA
- D Lúpus bolhoso
- E Epidermólise bolhosa adquirida

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Pênfigo vulgar. Clivagem intraepidérmica + IgG teia de aranha = pênfigo. Penfigoide tem clivagem subepidérmica (ZMB).

QUESTÃO 3

Preenchedor injetado para rugas periorais. **Qual destes é radiopaco e metabolizado por macrófagos?**

- A Ácido hialurônico
- B PLLA (ácido poli-L-láctico)
- C CaHA (hidroxiapatita de cálcio)
- D PMMA (polimetilmetacrilato)
- E Colágeno bovino

✓ RESPOSTA CORRETA

C – CaHA. É o ÚNICO preenchedor radiopaco. Metabolizado por macrófagos que liberam $\text{Ca}^{2+} + \text{PO}_4^{3-}$. PLLA = metabolismo $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$ (não radiopaco).

QUESTÃO 4

Reconstrução de defeito nasal subtotal (dorso + ponta + asa) em **2 tempos cirúrgicos**. **Qual retalho e qual pedículo arterial?**

- A Melolabial · artéria angular
- B Paramediano frontal · artéria supra-troclear
- C Paramediano frontal · artéria supra-orbital
- D Rieger · artéria facial
- E Retalho de Abbe · artéria labial

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Paramediano frontal · supra-troclear · 2 tempos. Pegadinha clássica: a banca troca por supra-**orbital** (errado) e por 1 tempo (são 2 tempos).

QUESTÃO 5

Tricoscopia de placa alopecica cicatricial revela **pontos brancos perifoliculares**. Diferencia-se da **rolha córnea** (achado de outra entidade). **Qual o diagnóstico?**

A Lúpus eritematoso discoide (LED)

B Líquen plano pilar (LPP)

C Alopecia areata

D Foliculite decalvante

E Pseudopelada de Brocq

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Líquen plano pilar (LPP). Pontos brancos perifoliculares = LPP. Rolha córnea = LED (pegadinha TED 2025 Q3 – a banca adora inverter os dois achados).

QUESTÃO 6

Mulher com esclerodermia difusa. FAN com padrão **nucleolar**. **Qual anticorpo é o mais associado?**

A Anti-Sm

B Anti-RNA polimerase III

C Anti-centrômero

D Anti-dsDNA

E Anti-Ro/SSA

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Anti-RNA pol III. Padrão nucleolar = esclerodermia difusa. Pegadinha TED 2022 Q58: a banca troca por Anti-Sm (que é pontilhado grosso = LES).

QUESTÃO 7

Biológico para psoríase cujo alvo é a **subunidade p40**, compartilhada por IL-12 e IL-23. Qual é?

A Guselcumabe

B Secuquinumabe

C Ustequinumabe

D Dupilumabe

E Rizankizumabe

✓ RESPOSTA CORRETA

C – Ustequinumabe (anti-p40 = IL-12 + IL-23). Guselcumabe e Rizankizumabe = p19 (só IL-23). Secuquinumabe = IL-17A. Dupilumabe = IL-4Rα.

QUESTÃO 8

Cultura de lesão cutâneo-mucosa revela estrutura em "**roda de leme**" (célula-mãe com múltiplas células-filhas).

Qual o agente?

A Sporothrix schenckii

B Paracoccidioides brasiliensis

C Fonsecaea pedrosoi

D Histoplasma capsulatum

E Malassezia furfur

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Paracoccidioides brasiliensis. A "roda de leme" é patognomônica. Sporothrix = margarida. Fonsecaea = corpos muriformes. Malassezia = espaguete + almôndegas.

QUESTÃO 9

Paciente em PQT para hanseníase BT apresenta lesões antigas subitamente eritematosas e infiltradas, com neurite (reação tipo 1/reversa). **Qual a conduta?**

- A Talidomida + suspender PQT
- B Prednisona + manter PQT
- C Talidomida + manter PQT
- D Prednisona + suspender PQT
- E Apenas analgesia e observação

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Prednisona + manter PQT. Na reação tipo 1 a talidomida é CONTRAINDICADA (é 1ª linha apenas na tipo 2 / ENH). A PQT é SEMPRE mantida.

QUESTÃO 10

Nódulo violáceo de crescimento rápido em idoso. AP com células pequenas azuis; IHQ **CK20+ em padrão perinuclear "dot-like" e TTF-1 negativo. Diagnóstico?**

- A Metástase de carcinoma de pequenas células do pulmão
- B Carcinoma de células de Merkel
- C Linfoma cutâneo de células B
- D Melanoma de pequenas células
- E Carcinoma basocelular nodular

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Carcinoma de células de Merkel. CK20+ dot-like + TTF-1 negativo. A metástase pulmonar seria CK7+ / TTF-1+. Associado ao poliomavírus de Merkel (MCPyV).

QUESTÃO 11

Doença bolhosa subepidérmica. No **salt split**, a IgG deposita-se no **assoalho (lado dérmico)** da clivagem. **Qual o alvo antigênico?**

- A Anti-desmogleína 3
- B Anti-colágeno VII
- C Anti-BP180 / BP230
- D Anti-transglutaminase tecidual
- E Anti-desmogleína 1

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Anti-colágeno VII (EBA / LES bolhoso). Salt split dérmico = assoalho. Penfigoide bolhoso (BP180/BP230) fica no teto = epidérmico.

QUESTÃO 12

Adulto com dermatomiosite. **Qual anticorpo deve elevar a suspeita de neoplasia oculta associada?**

- A Anti-Mi2
- B Anti-Jo1
- C Anti-TIFly
- D Anti-MDA5
- E Anti-NXP2

✓ RESPOSTA CORRETA

C – Anti-TIFly = forte associação com neoplasia em adultos (ovário, pulmão, TGI). Anti-Mi2 = bom prognóstico. Anti-MDA5 = DM amiopática + ILD. Anti-NXP2 = calcinose em crianças.

QUESTÃO 13

Paciente com fotossensibilidade e placa alopécica cicatricial. Tricoscopia: **pontos vermelhos foliculares, plugues ceratóticos e vasos arboriformes espessos. Diagnóstico?**

- A Líquen plano pilar (LPP)
- B Lúpus eritematoso discoide (LED)
- C Alopecia cicatricial centrífuga central (CCCA)
- D Alopecia areata
- E Alopecia frontal fibrosante (FFA)

✓ RESPOSTA CORRETA

B – LED. Pontos vermelhos foliculares (folículos viáveis cercados por vasos dilatados) + plugues ceratóticos + vasos arboriformes = atividade de LED. O LPP cursa com eritema/descamação perifolicular e cilindros peripilares, sem pontos vermelhos.

QUESTÃO 14

Mulher negra com alopecia que se expande de forma centrífuga a partir do vértice. Tricoscopia: **halos branco-acinzentados peripilares + máculas em asterisco**, rede pigmentar preservada. **Diagnóstico?**

- A Alopecia frontal fibrosante (FFA)
- B Alopecia cicatricial centrífuga central (CCCA)
- C Líquen plano pilar (LPP)
- D Tinea capitis
- E Alopecia androgenética

✓ RESPOSTA CORRETA

B – CCCA. Halos branco-acinzentados peripilares = fibrose perifolicular histológica · máculas em asterisco + rede pigmentar preservada são típicos. Expansão centrífuga a partir do vértice em mulher de pele escura é clássica.

QUESTÃO 15

Placa alopécica não cicatricial de início súbito. Tricoscopia: **pontos pretos, cabelos em ponto de exclamação e constrictões de Pohl-Pinkus**. **Diagnóstico?**

A Alopecia androgenética

B Alopecia areata

C Tinea capitis

D Líquen plano pilar

E Eflúvio telógeno

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Alopecia areata. Pontos pretos, cabelos em ponto de exclamação e constrictões de Pohl-Pinkus (monilethrix-like, por ataques inflamatórios intermitentes contra o bulbo) são marcadores de AA. Cabelos em vírgula/saca-rolhas seriam tinea.

QUESTÃO 16

Alopecia cicatricial com tricoscopia mostrando **tufos com mais de 5 hastes por óstio**, escamas concêntricas, crostas hemorrágicas e pústulas foliculares. **Diagnóstico?**

A Líquen plano pilar

B Folliculite decalvante

C Celulite dissecante

D Lúpus discoide

E CCCA

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Folliculite decalvante. Alopecia neutrofílica: tufos exuberantes (>5 hastes/óstio) + escamas concêntricas + crostas hemorrágicas + pústulas foliculares. A celulite dissecante tem fendas e plugues, sem tufos com tantas hastes.

QUESTÃO 17

Homem, 60 anos, com **epitelioma sebáceo** no nariz e CEC adjacente. IHQ da lesão sebácea: **perda de expressão de MSH2 e MLH1**. Qual a neoplasia maligna interna mais frequente nessa síndrome?

- A Colorretal
- B Geniturinária
- C Hematológica
- D Mamária

✓ RESPOSTA CORRETA

A – Colorretal. Tumor sebáceo + deficiência de MMR (MSH2/MLH1) = **síndrome de Muir-Torre** (variante do Lynch). Caiu no TED 2024.

QUESTÃO 18

Criança com **verrugas planas disseminadas** e máculas PV-símiles desde a infância. Estudo genético: mutação em **TMC6/TMC8 (EVER1/EVER2)**. Diagnóstico?

- A Xeroderma pigmentoso
- B Epidermodisplasia verruciforme
- C Síndrome de Muir-Torre
- D Ferguson-Smith

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Epidermodisplasia verruciforme. TMC6/8 → suscetibilidade a HPV-β (5 e 8) com risco de CEC em área exposta. Caiu no TED 2022 – e é a linha de pesquisa do Walmar Roncalli (comissão 2026).

QUESTÃO 19

Mulher, 35 anos, com **múltiplos leiomiomas cutâneos dolorosos** + miomatose uterina precoce. Qual o gene e o risco associado?

- A PTCH1 – meduloblastoma
- B Fumarato hidratase – carcinoma renal papilar tipo 2
- C FLCN – pneumotórax e CA renal
- D CYLD – cilindromas

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Fumarato hidratase = síndrome de Reed (leiomiomatose hereditária + CA renal agressivo). Caiu no TED 2025. FLCN = Birt-Hogg-Dubé (fibrofoliculomas).

QUESTÃO 20

Paciente terminou **PQT multibacilar há 1 mês**. Surgem agora nódulos eritematosos DOLOROSOS + febre + neurite ulnar aguda. Conduta?

- A Reiniciar PQT (recidiva)
- B Talidomida ± corticoide (reação tipo 2)
- C Apenas prednisona (reação tipo 1)
- D Rifampicina em dose mensal supervisionada

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Reação tipo 2 (ENH): lesões NOVAS dolorosas + neurite + febre logo após o tratamento = reação, **não recidiva** (recidiva é tardia, com baciloscopia repositivando). Nódulos dolorosos disseminados = tipo 2 → talidomida. Armadilha repetida 2024/2025.

QUESTÃO 21

Mácula hipocrômica com **hipoestesia duvidosa**. O teste da histamina mostra ausência do eritema reflexo secundário. O que isso indica?

- A Vitiligo
- B Pitíriase alba
- C Hanseníase indeterminada (lesão com dano neural)
- D Nevo anêmico

✓ RESPOSTA CORRETA

C – Hanseníase indeterminada. A tríplice reação de Lewis incompleta (sem eritema reflexo) indica dano aos ramúsculos nervosos – método auxiliar clássico na lesão hipocrômica duvidosa. Caiu no TED 2025.

QUESTÃO 22

Mulher com **roséola + placas palmo-plantares** há 5 semanas e artralgia leve. Qual o perfil sorológico esperado?

- A VDRL negativo · TPHA negativo
- B VDRL 1/2 · TPHA negativo
- C VDRL 1/64 · TPHA positivo
- D VDRL 1/4 · FTA-Abs negativo

✓ RESPOSTA CORRETA

C – VDRL em título alto + treponêmico positivo = sífilis secundária. Não-treponêmico alto ($\geq 1/16$) na fase de disseminação. Caiu no TED 2024 e a EMC de sífilis (Anais 100/3) está no edital 2026 – aposta máxima.

QUESTÃO 23

No planejamento do **retalho bilobado** para defeito nasal, o ângulo ideal entre os lobos é de aproximadamente:

A 15–20°

B 45–50°

C 90–100°

D 120–130°

✓ RESPOSTA CORRETA

B — 45–50° entre cada lobo (total ≤ 90 – 100° de rotação, desenho de Zitelli). Essa questão foi **anulada no TED 2024** — tema pendente que tende a voltar reformulado.

QUESTÃO 24

Criança de 6 anos com **melanoníquia longitudinal** única, faixa regular. Dermatoscopia: linhas regulares paralelas. Conduta?

A Biópsia imediata do aparelho ungueal

B Exérese da matriz

C Acompanhamento clínico-dermatoscópico (provável nevo)

D PCR para HPV

✓ RESPOSTA CORRETA

C — Acompanhar: na criança, a imensa maioria é nevo/lentigo de matriz; melanoma ungueal infantil é raríssimo. No adulto, faixa nova, larga, irregular ou com sinal de Hutchinson → biópsia. Caiu no TED 2025 — origem direta da EMC 'lesões ungueais pigmentadas' (Anais 99/6).

QUESTÃO 25

Paciente etilista com **dermatite em áreas fotoexpostas** (colar de Casal), glossite, diarreia e confusão mental. Deficiência de:

- A Zinco
- B Niacina (B3)
- C Riboflavina (B2)
- D Vitamina C

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Niacina = pelagra (dermatite + diarreia + demência). Caiu no TED 2025. Zinco = acrodermatite enteropática (periorifical); C = escorbuto (pelos em saca-rolha, gengivas).

QUESTÃO 26

Xantomas estriados palmares (depósitos amarelos nos vincos). Perfil lipídico esperado?

- A Normolipidemia
- B ↑ colesterol total + ↓ triglicérides
- C ↑ colesterol total + ↑ triglicérides
- D ↓ colesterol total + ↑ triglicérides

✓ RESPOSTA CORRETA

C – ↑CT + ↑TG: xantoma estriado palmar é patognomônico da **disbetalipoproteinemia (tipo III)** – remanescentes de VLDL/IDL elevam ambos. Caiu no TED 2024.

QUESTÃO 27

Adolescente com dermatite atópica grave inicia biológico subcutâneo e desenvolve **conjuntivite não infecciosa**. Qual a droga?

- A Anti-TNF (adalimumabe)
- B Anti-IL-4/13 (dupilumabe)
- C Anti-IL-17 (secuquinumabe)
- D Anti-IL-12/23 (ustequinumabe)

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Dupilumabe: conjuntivite é o evento adverso característico (até ~20%). Pares clássicos: anti-TNF → psoríase paradoxal; anti-IL-17 → candidíase/DII; JAK → herpes-zóster + black box. Caiu no TED 2022.

QUESTÃO 28

Jovem com lesões **acrais violáceas dolorosas** nos pododáctilos; pais tiveram 'gripe' 5 dias antes, no **inverno de 2020**. Diagnóstico?

- A Acrocianose
- B Eritema pérmio
- C Granuloma piogênico
- D Vasculite séptica

✓ RESPOSTA CORRETA

B – Eritema pérmio ('COVID toes'). A pista está no enunciado (infecção viral recente), não só na foto — estilo marcante da prova 2024. Acrocianose é indolor e persistente.

QUESTÃO 29

Mulher com **úlceras rasas muito dolorosas nos maléolos**, cicatrizes brancas estreladas (atrophie blanche) e livedo. Histo: **trombos de fibrina intraluminais SEM vasculite**. Diagnóstico?

- A Úlcera de Martorell
- B Calcifilaxia
- C Vasculopatia livedoide
- D Pioderma gangrenoso

✓ RESPOSTA CORRETA

C – Vasculopatia livedoide (oclusiva, não inflamatória → anticoagulação). Martorell: HAS grave, panturrilha lateral, necrose da média; calcifilaxia: DRC, calcificação vascular + necrose. EMC dos Anais 100/2 – escopo do edital 2026 e linha do Paulo Criado (comissão).

QUESTÃO 30

Paciente em uso de **dapsona há 4 semanas** (hanseníase) evolui com exantema extenso, **edema facial, febre, linfonodomegalia e eosinofilia**. Diagnóstico?

- A Eritrodermia psoriásica
- B Síndrome de Stevens-Johnson
- C DRESS (síndrome de hipersensibilidade à dapsona)
- D Reação tipo 1

✓ RESPOSTA CORRETA

C – DRESS: latência 2–8 semanas, edema facial + eosinofilia + acometimento visceral (hepatite), reativação de HHV-6. Dapsona, anticonvulsivantes e alopurinol são as drogas clássicas. Revisão dos Anais 100/1, 1º autor Paulo Criado – aposta 'de dentro de casa'.

Como ler: em cada bloco, a afirmativa riscada é o que a banca coloca como verdadeiro (falso), seguida da **resposta correta em negrito**. Revise tudo na manhã da prova.

TABELA - ÂNCORA — PEGADINHAS TED 2022-2025

As inversões mais cobradas

CRÍTICO

Tema	O que a banca coloca (falso)	Resposta correta
Colorações	Alcian = amiloidose	Alcian = mucina (LE túmido) · Congo = amiloide
Preenchedores	CaHA = CO ₂ +H ₂ O · PLLA = Ca+PO	PLLA = CO ₂ +H ₂ O · CaHA = radiopaco + macrófagos
Tricoscopia	Rolha córnea = LPP	Rolha = LED · Pontos brancos = LPP
Hanseníase reação	Talidomida na reação tipo 1	Tipo 1 = CONTRAINDICADA · ENH (tipo 2) = talidomida
Hanseníase AP	TT: granuloma não toca a epiderme	TT = toca a epiderme (sem grenz zone) · LL = grenz zone
Pênfigo/Penfigoide	Penfigoide = clivagem intra	Pênfigo = intraepidérmica · Penfigoide = subepidérmica (ZMB)
FAN	Nucleolar = Anti-Sm	Nucleolar = Anti-RNA pol III · Anti-Sm = pontilhado grosso (LES)
Dermatomiosite	Anti-Mi2 → neoplasia	Anti-TIF1γ = neoplasia · Anti-Mi2 = bom prognóstico
Suturas	Vicryl 50% = 4 sem · Poliprop = multi	Vicryl 50% = 2 sem · Polipropileno = monofilamento
Anticoagulantes	Rivaroxabana = 10 dias	Rivaroxabana = 2 dias · Clopidogrel = 10 dias
Biológicos	p40 = só IL-23 · IL-17 = conjuntivite	p40 = IL-12+IL-23 (Usteq.) · Dupilumabe = conjuntivite · IL-17 = candidíase

GRADE RÁPIDA — POR PROVA

16 âncoras de prova

REVISE NA MANHÃ

TED 2022 Q58 · FAN

Nucleolar = Anti-Sm

Nucleolar = Anti-RNA pol III · ES difusa

TED 2022 Q63 · Hanseníase

TT: não toca a epiderme

TT: TOCA a epiderme (sem grenz zone)

TED 2023 Q2 · DM

Anti-Mi2 → neoplasia

Anti-TIF1 = neoplasia · Mi2 = bom

TED 2024 Q42 · DM

Calcinose = adultos

Calcinose = crianças (Anti-NXP2)

TED 2024 Q43 · LES

LEc/bolhas = mais renal

LES bolhoso = mais renal · Anti-col VII · dérmico

TED 2024 Q44 · DMTC

Raynaud = minoria

Raynaud = maioria (>75%) · Mialgia comum (>60%)

TED 2025 Q1 · Colorações

Alcian = amiloidose

Alcian = mucina · Congo = amiloide

TED 2025 Q3 · Tricoscopia

Rolha = LPP · Brancos = LED

Rolha = LED · Brancos = LPP

TED 2025 Q22 · Fasciite

Fasciite eosinofílica e Raynaud

Fasciite eosinofílica = Raynaud AUSENTE

Cirurgia · Suturas

Vicryl 50% = 4 sem · Poliprop = multi

Vicryl 50% = 2 sem · Poliprop = mono

Cirurgia · Anticoagulantes

Rivaroxabana = 10 dias

Rivaroxabana = 2 dias · Clopidogrel = 10

Preenchedores

CaHA = $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$ · PLLA = Ca^{2+}

PLLA = $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$ · CaHA = radiopaco

Micologia · Eritrasma

Eritrasma: KOH+ com hifas

Bactéria (Corynebacterium) · KOH- · Wood vermelho-coral

Biológicos · IL

p40 = só IL-23 · IL-17 = conjuntivite

p40 = IL-12 + IL-23 · Dupi = conjuntivite · IL-17 = candidíase

Hanseníase · Reação

Falidomida na reação tipo 1

Tipo 1 = CONTRAINDICADA · ENH (tipo 2) = 1ª linha

Koenen x NFI

Tumores de Koenen = NFI

Koenen (fibromas periungueais) = Esclerose Tuberosa

Protocolo da manhã da prova

CHECKLIST

- ✓ Café da manhã completo · chegar 30 min antes · 2 canetas azul + 2 pretas · documento com foto.
- ✓ Questões PORQUE: avaliar itens I e II separadamente antes da relação.
- ✓ Questões V/F: marcar cada item individualmente antes de escolher a sequência.
- ✓ Dúvida entre duas: confiar na primeira intuição.
- ✓ Não deixar nenhuma em branco.

Úlceras sexualmente transmissíveis

MEMORIZAR

📌 IST – CHAVE

Sífilis (*T. pallidum*) = indolor + cancro (bordas bem definidas)Cancroide (*H. ducreyi*) = DOLOROSA + bubão regionalDonovanose (*K. granulomatis*) = vegetante, sem adeniteLGV (*C. trachomatis*) = pequena + sinal de Groove**Preenchedores – metabolismo**

MEMORIZAR

📌 PREENCHEDORES – CHAVE FINAL

HA = reversível (hialuronidase)

PLLA = $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$ (ciclo do lactato) = NÃO radiopacoCaHA = macrófagos liberam $\text{Ca}^{2+} + \text{PO}_4^{3-}$ = RADIOPACO

PMMA = permanente, inerte

Hanseníase – espectro e reações

MEMORIZAR

📌 TT x LL · REAÇÃO 1 x 2

TT = BAAR 0 · TOCA a epiderme · lepromin +

LL = globias · grenz zone · lepromin -

Reação tipo 1 (reversa) = prednisona · talidomida CONTRAINDICADA

Reação tipo 2 (ENH) = talidomida 1ª linha · nódulos + febre

Bolhosas – clivagem + IFD

MEMORIZAR

📌 IFD + SALT SPLIT

Pênfigo = IgG intercelular (teia de aranha) · intraepidérmica

Penfgoide = IgG+C3 linear ZMB · salt split EPIDÉRMICO (teto)

EBA / LES bolhoso = Anti-col VII · salt split DÉRMICO (assoalho)

DH = IgA GRANULOSO nas papilas · IgA linear = IgA LINEAR na ZMB

Biológicos – alvo de cada IL

MEMORIZAR

📌 CITOCINAS-ALVO

p40 (IL-12+IL-23) = Ustequinumabe

p19 (só IL-23) = Guselcumabe · Rizankizumabe · Tildrakizumabe

IL-17A = Secuquinumabe · Ixequizumabe → candidíase oral · DII

IL-4Ra = Dupilumabe → conjuntivite · TNF- α = Adalimumabe → reativa TB

RETALHOS NASAIS

Paramediano frontal = nariz subtotal · supra-troclear · 2 tempos

Rieger (nasal) = dorso nasal · artéria angular · 1 tempo

Melolabial = asa nasal · artéria angular

Enxerto composto (concha auricular) = defeito alar de espessura total