

# Dermatoscopia *ex vivo*: avaliação sincrônica entre o dermatologista e o dermatopatologista de lesões melanocíticas – Estudo prévio \*

*Ex vivo* dermoscopy: synchronic evaluation between dermatologist and dermatopathologist of melanocytic lesions

Marcus Maia<sup>1</sup>

Rute Facchini Lellis<sup>2</sup>

Alessandra Cristine Marta<sup>3</sup>

**Resumo:** A correlação clínico-patológica é fundamental para a precisão diagnóstica. Apesar de interdependentes, a dermatologia clínica e a dermatopatologia se distanciaram. Com o objetivo de minimizar essa distância, realizamos o exame dermatoscópico *ex vivo*. Realizamos a dermatoscopia comparativa *in vivo* e *ex vivo* seguida do mapeamento histopatológico. A dermatoscopia *ex vivo* permitiu identificar as mesmas estruturas, mas ocorreram alterações significativas das cores.

**Palavras-chave:** Dermoscopia; Melanoma; Patologia

**Abstract:** Clinicopathologic correlation is essential for diagnostic accuracy. Even though interdependent, dermatology and dermatopathology have become apart. In order to minimize this distance, we have performed *ex vivo* dermoscopic examinations. We performed comparative *in vivo* and *ex vivo* dermoscopy study followed by histopathological mapping. We observed that *ex vivo* dermoscopy identified the same structures visualized by the *in vivo* one, but with significant change of colors.

**Keywords:** Dermoscopy; Melanoma; Pathology

Scope *et al.*<sup>1</sup> recentemente discutiram as condições que envolvem desde uma biópsia realizada pelo dermatologista até o diagnóstico final do dermatopatologista. Eles assinalaram que poucos são os dermatologistas que examinam as lâminas dos pacientes; por outro lado, os dermatopatologistas raramente veem a clínica. Além disso, a peça de biópsia é normalmente preparada por técnicos, restando ao patologista muito pouco da lesão original. Esses autores acreditam que a distância clínico-patológica pode levar a discordância diagnóstica, principalmente em câncer da pele.

No sentido de reduzir essas discordâncias, propuseram que o dermatologista enviasse, junto ao material cirúrgico, foto clínica e dermatoscópica da lesão melanocítica, assinalada com os pontos de pre-

ocupação do clínico. Como a dermatoscopia é de grande valor para o clínico,<sup>2</sup> isso poderia ser compartilhado com o patologista pelo exame dermatoscópico *ex vivo* da peça cirúrgica.

Nós também resolvemos explorar e ampliar a ideia da dermatoscopia *ex vivo* como método auxiliar à histopatologia com os seguintes objetivos:

1. treinar o dermatopatologista para familiarização com a linguagem dermatoscópica;
2. avaliar se a dermatoscopia *ex vivo* com dermatoscópio de contato reduz o enrugamento da peça cirúrgica, como ocorreu no trabalho de Scope *et al.*,<sup>1</sup> que utilizou dermatoscópio de luz polarizada sem contato;<sup>3</sup>
3. avaliar se a dermatoscopia *in vivo* e a dermatoscopia *ex vivo* podem ser comparadas;

Recebido em 21.09.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 22.09.09.

\* Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo  
Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None  
Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

<sup>1</sup> Doutor. Chefe de clínica adjunto da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Patologista. Assistente do Departamento de Anatomia Patológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia. Médica da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

4. avaliar se o patologista conseguiu proficiência suficiente para entender a linguagem do clínico;

5. assinalar os pontos de corte da peça para comparação precisa entre as lâminas histopatológicas e a dermatoscopia;

6. avaliar a viabilidade rotineira desse procedimento;

7. utilizar a precisão comparativa entre a dermatoscopia *in vivo*, a dermatoscopia *ex vivo* e a patologia como elemento de melhor compreensão da dermatoscopia.

O patologista participou de curso teórico e prático de dermatoscopia previamente ao trabalho.

Realizamos fotografia clínica e dermatoscópica antes da cirurgia. As imagens dermatoscópicas *in vivo* foram obtidas com dermatoscópio de contato (álcool gel) acoplado a câmera digital (*Sony Cyber-shot DSC-W70*) e igualmente, após 12 horas de fixação em formol, da peça cirúrgica (dermatoscopia *ex vivo*).

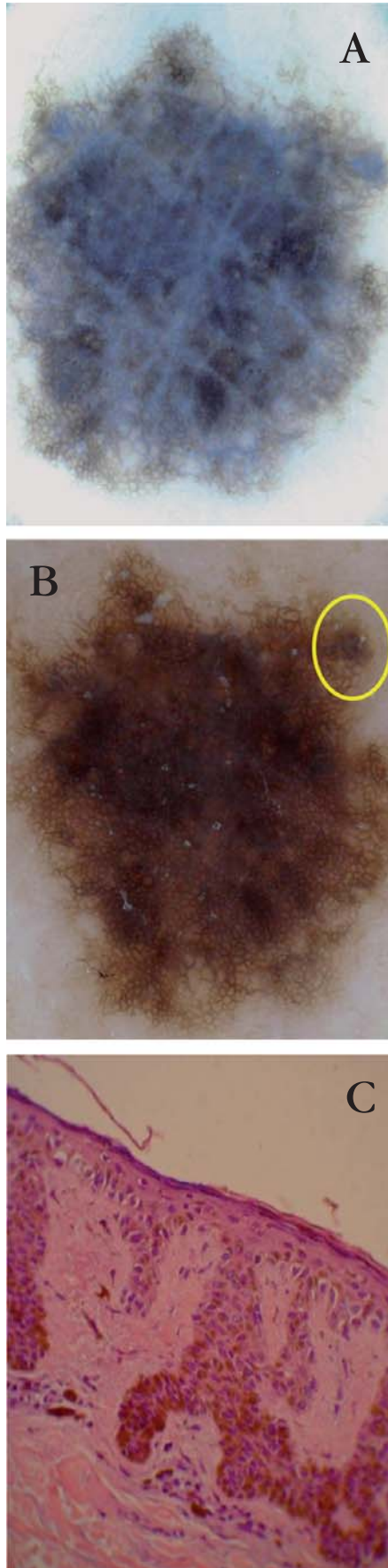
A lesão de 0,8 cm localizava-se no dorso de homem de 75 anos. Clinicamente, a hipótese era de melanoma. A dermatoscopia (Figura 1) mostrou assimetria na morfologia e cor. Em detalhe, havia rede regular na maior área da lesão, mas era possível identificar locais com término abrupto, estrias, glóbulos fora da rede e rede espessa e cinza. Apesar de essas características reforçarem a hipótese de melanoma,<sup>4</sup> por serem focais, presumimos que uma alteração atípica poderia deslocar aquele diagnóstico. Com essas preocupações, enviamos o material cirúrgico, clínico e dermatoscópico ao patologista.

A lesão foi excisada com margem de 2 mm e fixada em formol. Após 12 horas, o patologista colocou-a sobre tecido azul, examinou com dermatoscópio de contato e fez a fotografia dermatoscópica, com régua graduada para determinar exatamente as áreas contidas no espaço de corte (Figura 2). A peça, após marcação dos locais de corte, foi fotografada com dermatoscópio. Os cortes foram realizados em intervalos de 1 mm no sentido crânio-caudal (Figura 2). As lâminas obtidas foram examinadas sabendo-se exatamente o local correspondente à dermatoscopia.

O exame dermatoscópico *ex vivo* permitiu identificar as mesmas estruturas visualizadas na dermatoscopia *in vivo*; entretanto, ocorreram alterações significativas das cores: as áreas marrons tornaram-se cinzentas, e as cinzentas, azuis (Figura 1).

O exame anatomopatológico revelou nevo junctional displásico com intensa atipia. As áreas de maior preocupação pela dermatoscopia coincidiram com as de maior desarranjo citoarquitetural (Figura 1). As alterações encontradas não foram suficientes para diagnosticar melanoma.

O exame *ex vivo* permite determinar com exatidão os locais de corte e fazer correlação com a



**FIGURA 1:** Análise comparativa de morfologia e coloração na dermatoscopia *in vivo* (B) e *ex vivo* (A). Note que identificamos as mesmas estruturas; no entanto, ocorrem alterações significativas das cores. Correlação da dermatoscopia e histopatologia. A área em amarelo corresponde ao fusionalamento de cristas epidérmicas (B e C)

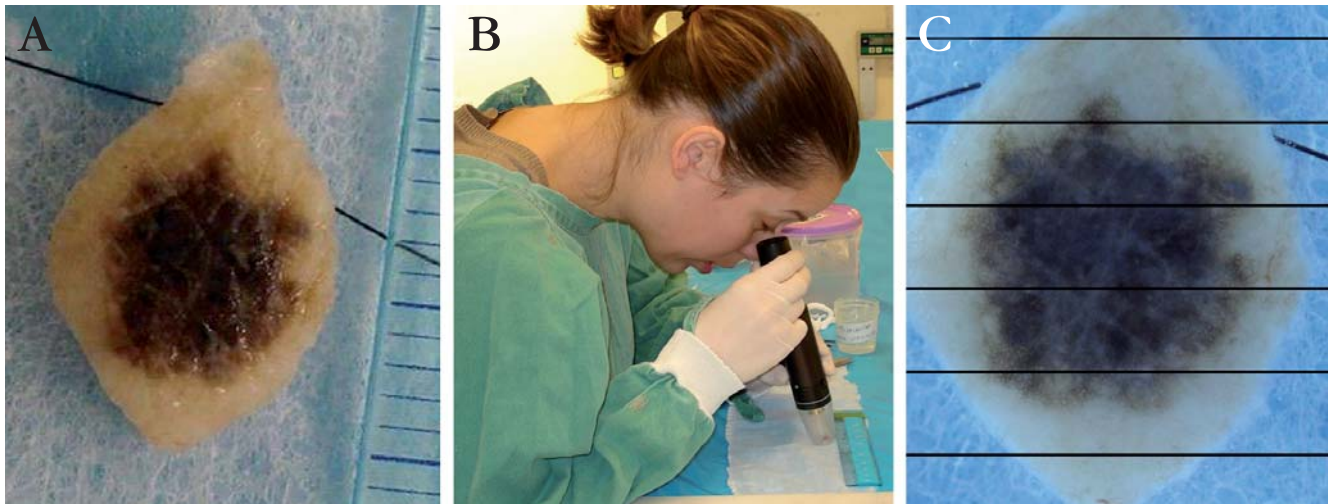


FIGURA 2: A. A peça cirúrgica; B. foi submetida ao exame dermatoscópico *ex vivo* pelo patologista; C. marcação dos cortes histológicos com orientação crânio-caudal

patologia.<sup>5,6,7</sup> O aumento da acuidade diagnóstica que a dermatoscopia trouxe ao clínico pode agora ser transferida ao patologista.

Uma limitação do exame é relativa à perda de estruturas vasculares. Quando elas forem evidentes *in vivo*, isso poderá prejudicar a correlação com o estudo *ex vivo*.

Em casos de melanoma, ainda, o patologista pode buscar o local de maior espessura guiado pela dermatoscopia.

Esta discussão é preliminar; porém, um estudo mais detalhado será por nós realizado, no sentido de avaliar não só a viabilidade acadêmica do método, mas também, e principalmente, sua aplicabilidade na rotina do patologista. O exame *ex vivo*, para se justificar, deve ficar restrito a lesões pigmentares suspeitas, deve agregar especificidade e sensibilidade ao diagnóstico do melanoma e não deve inviabilizar o custo final. □

## REFERÊNCIAS

1. Scope A, Busam KJ, Malvey J, Puig S, McClain SA, Braun RP, et al. Ex vivo dermoscopy of melanocytic tumors. *Arch Dermatol.* 2007;143:1548-52.
2. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* 2002;3:159-65.
3. Benvenuto-Andrade C, Dusza SW, Agero ALC, Scope A, Rajadhyaksha M, Halpern AC, et al. Differences between polarized light dermoscopy and immersion contact dermoscopy for the evaluation of skin lesions. *Arch Dermatol.* 2007;143:329-38.
4. Rezze GG, Soares de Sá BC, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. *An Bras Dermatol.* 2006;81:261-8.
5. Soyer HP, Kenet RO, Wolf IH, Kenet BJ, Cerroni L. Clinicopathological correlation of pigmented skin lesions using dermoscopy. *Eur J Dermatol.* 2000;10:22-8.
6. Yadav S, Vossaert KA, Kopf AW, Silverman M, Grin-Jorgensen C. Histopathologic correlates of structures seen on dermoscopy (epiluminescence microscopy). *Am J Dermatopathol.* 1993;15:297-305.
7. Braun RP, Kaya G, Masouye´ I, Krischer J, Saurat JH. Histopathologic correlation in dermoscopy: a micropunch technique. *Arch Dermatol.* 2003;139:349-51.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:  
 Prof. Dr. Marcus Maia.  
 Rua Turiassu, 143, conjunto 123.  
 05005 001 - São Paulo SP  
 Telefone: 11 3666 3393

Como citar este artigo/How to cite this article: Maia M, Lellis RF, Marta AC. Dermatoscopia *ex vivo*: avaliação sincrônica entre o dermatologista e o dermatopatologista de lesões melanocíticas – Estudo prévio. *An Bras Dermatol.* 2009;84(5):553-5.