

Padrões dermatoscópicos do molusco contagioso: estudo de 211 lesões confirmadas por exame histopatológico*

Dermoscopic patterns of molluscum contagiosum: a study of 211 lesions confirmed by histopathology

Mayra Ianhez¹

Mauro Yoshiaki Enokihara³

Silmara da Costa P. Cestari²

Maria Bandeira de Paiva Melo Seize⁴

Resumo: FUNDAMENTOS: Embora de fácil diagnóstico, o molusco contagioso pode apresentar-se como lesões inflamadas, únicas ou pequenas de difícil diagnóstico.

OBJETIVO: Descrever características dermatoscópicas do molusco contagioso e comparar achados do exame clínico e dermatoscópico.

MÉTODOS: Avaliou-se clínica e dermatoscopicamente lesões confirmadas pela histopatologia em 57 pacientes.

RESULTADOS: Nos exames clínico e dermatoscópico de 211 lesões, foram visualizados orifícios em 50,24% e 96,68% das lesões e vasos em 6,16% e 89,10% delas, respectivamente. Os padrões vasculares encontrados em 188 lesões que apresentaram vasos à dermatoscopia foram coroa (72,34%), radial (54,25%) e puntiforme (20,21%). Metade das 188 lesões apresentou padrão vascular combinado, sendo o padrão em flor (novo padrão vascular) responsável por 19,68%. Foram identificados mais orifícios e vasos no exame dermatoscópico que no clínico, inclusive naquelas com inflamação, eczema perilesional e de tamanho pequeno. Vasos puntiformes relacionaram-se com inflamação, escoriação e eczema perilesional.

CONCLUSÕES: A dermatoscopia das lesões de molusco mostrou-se superior ao exame dermatológico mesmo quando seu diagnóstico clínico torna-se difícil. A presença de orifícios, vasos e padrões vasculares específicos auxilia no seu diagnóstico e na diferenciação de outras lesões de pele.

Palavras-chave: Dermatologia; Equipamentos para diagnóstico; Molusco contagioso

Abstract: BACKGROUNDS: Although easily diagnosed, molluscum contagiosum may present as a single lesion or as several small, inflamed lesions of difficult diagnosis.

OBJECTIVE: To describe the dermoscopic characteristics of molluscum contagiosum and to compare the findings from clinical examination and dermoscopy.

METHODS: Histopathologically confirmed lesions were evaluated clinically and dermoscopically in 57 patients.

RESULTS: At clinical examination and dermoscopy of 211 lesions, orifices were visualized in 50.24% and 96.68% of the lesions, and vessels in 6.16% and 89.10%, respectively. The vascular patterns found in the 188 lesions in which vessels were found at dermoscopy were the crown (72.34%), radial (54.25%) and punctiform patterns (20.21%). Half of the 188 lesions had a combination of vascular patterns, with the flower pattern (a new vascular pattern) being found in 19.68% of cases. More orifices and vessels were identified at dermoscopy than at clinical examination, including cases with inflammation or perilesional eczema and small lesions. Punctiform vessels were associated with inflammation, excoriation and perilesional eczema.

CONCLUSIONS: Dermoscopy performed on molluscum contagiosum lesions proved superior to dermatological examination even in cases in which clinical diagnosis was difficult. The presence of orifices, vessels and specific vascular patterns aids diagnosis, including differential diagnosis with other types of skin lesion.

Keywords: Dermatology; Diagnostic equipment; Microscopy; Molluscum contagiosum

Recebido em 20.11.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 11.12.2010.

* Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Médica colaboradora do Ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO), Brasil.

² Doutora em Dermatologia - Professora Adjunta do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutor em Dermatologia - Médico colaborador do Ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Mestre em Dermatologia.

INTRODUÇÃO

Molusco contagioso é uma infecção viral dos ceratinócitos epidérmicos, que resulta em lesão cutânea com inclusões intracitoplasmáticas características. Apresenta-se como pápulas umbilicadas, da cor da pele, medindo de 2 a 4 mm, geralmente numerosas, bastante características, com aspecto perolado, brilhante, tendo localização variada na superfície cutânea.¹

Vários fatores podem dificultar o diagnóstico do molusco contagioso, tais como: falta de umbilicação central,² associações com outros tipos de lesões dermatológicas,³ localizações atípicas,⁴ lesões solitárias, pequenas e iniciais,⁵ lesões inflamatórias e com eczema perilesional.⁶ Tal dificuldade de diagnóstico pode ocorrer durante a avaliação inicial, no tratamento e no seguimento do paciente.

Vários métodos diagnósticos podem favorecer o diagnóstico clínico das lesões dessa infecção, inclusive a dermatoscopia. Esta é uma técnica não-invasiva, cuja principal aplicação foi direcionada para o diagnóstico precoce dos melanomas cutâneos e a diferenciação das lesões melanocíticas, se estendendo para a descrição dos aspectos dermatoscópicos de outras dermatoses, incluindo o molusco contagioso.⁷

O padrão dermatoscópico descrito para 20 moluscos contagiosos por quatro publicações denotou a presença de estrutura branco-amarelada central e vasos ao redor da lesão (vasos em coroa).^{5,7,9}

Este estudo teve como objetivo identificar os padrões dermatoscópicos do molusco contagioso e compará-los com os padrões já descritos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo 211 lesões de 57 pacientes provenientes do Ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), portadores de lesões de molusco contagioso, diagnosticadas por exame clínico-dermatológico e confirmadas por exame histopatológico, durante o período de julho de 2006 a dezembro de 2007. O critério de exclusão abrangeu lesões curetadas que apresentassem outro diagnóstico histopatológico.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os pacientes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo, autorizaram a realização de documentação fotográfica, dermatoscopia das lesões, encaminhamento do material de curetagem para exame histopatológico e se submeteram ao tratamento proposto.

Preferencialmente, pelo menos uma lesão pequena, duas apresentando inflamação ou eczema perilesional e duas de aspecto e tamanho característicos foram escolhidas de cada paciente que apresen-

tasse cinco ou mais lesões. A presença de inflamação ou eczema perilesional foi incluída para observar se as alterações clínicas influenciariam no aspecto dermatoscópico do molusco contagioso bem como seu tamanho.

Durante o exame clínico, foram anotados dados como sexo, idade, tamanho das lesões, presença ou ausência de orifício, vasos, inflamação e/ou escoriação e eczema perilesional. Ao exame dermatoscópico, foram anotadas as seguintes características: tamanho das lesões (em mm), presença ou ausência de orifício e vasos e, caso estes estivessem presentes, o padrão vascular apresentado.

O tamanho das lesões foi determinado com a utilização de dermatoscópio, tendo sido classificadas de acordo com a seguinte escala: a) lesão pequena - menor ou igual a 1,5 mm; b) lesão média - maior que 1,5 mm e menor ou igual a 3 mm; c) lesão grande - maior que 3 mm.

Os padrões vasculares foram classificados de acordo com o estudo de Vázquez-López *et al.*,⁹ em que são descritos os padrões vasculares dermatoscópicos das dermatoses não-tumorais.

O diagnóstico clínico, dermatoscópico e a curetagem foram realizados por, no mínimo, dois dermatologistas experientes e familiarizados com o exame dermatoscópico do molusco contagioso.

Todas as lesões selecionadas para o estudo foram fotografadas duas vezes, clínica e dermatoscopicamente, e seus registros armazenados. As imagens digitais de baixa qualidade foram excluídas do estudo. Foram utilizadas as câmeras fotográficas digitais Sony Cybershot P93 e Canon SD800 e o dermatoscópio Heine Delta 20, acoplado diretamente às referidas câmeras. Utilizou-se álcool em gel na interface pele-dermatoscópio.

Após os exames clínico e dermatoscópico, todos os pacientes foram submetidos à curetagem das lesões e receberam orientações oralmente e por escrito para o pós-operatório. Foi marcado retorno para o recebimento do resultado histopatológico das lesões tratadas e acompanhamento. As lesões foram analisadas por patologistas do Departamento de Patologia.

Para evitar erro de avaliação causado pela vasoconstricção decorrente dos anestésicos tópicos, utilizados para curetagem das lesões, a dermatoscopia foi realizada antes da aplicação do produto.

O teste de qui-quadrado foi utilizado para relacionar as alterações clínicas com os padrões vasculares. A probabilidade (*p*) menor que 0,05 foi considerada para indicar significância estatística e todos os testes foram bicaudados. Todas as análises foram calculadas segundo o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) 11.5.1 para Windows.

RESULTADOS

Dos 57 pacientes analisados, 52,63% eram do sexo feminino. As idades variaram entre 1 e 30 anos, com predomínio da faixa etária de 1 a 5 anos (49,12%).

Entre as 211 lesões selecionadas, ocorreram eczema perilesional em 33 lesões (15,64%) e inflamação e/ou escoriação em 34 (16,12%). Em relação ao tamanho, das 211 lesões analisadas por dermatoscopia, 108 (51,18%) foram consideradas pequenas, 78 (36,97%) médias e 25 (11,85%) grandes.

A presença de orifício foi identificada por intermédio de exame clínico em 106 lesões (50,24%), enquanto por exame dermatoscópico, foi observada em 204 lesões (96,68%). Durante o exame clínico, a presença de vaso foi identificada em 13 lesões (6,16%), ao passo que 158 lesões (89,10%) apresentaram vasos quando submetidas a exame dermatoscópico. Os padrões vasculares dermatoscópicos encontrados neste estudo estão exemplificados na tabela 1 e na figura 1.

A presença de orifício foi independente da presença de vaso para as lesões analisadas. Comparando-se a frequência da presença de orifício com a sua ausência, nota-se que a proporção de padrões vasculares associados a orifício é aproximadamente 10 a 50 vezes maior que com sua ausência (Tabela 2).

Além dos padrões vasculares aqui descritos, foram encontradas combinações de padrões vasculares, denominadas padrões vasculares mistos. Os padrões vasculares simples, ou solitários, foram observados em 102 lesões (54,26%) de molusco con-

tagioso com vasos e os padrões combinados foram detectados em 86 lesões (45,74%) (Tabela 3).

Das 83 lesões que apresentaram a combinação de padrão vascular em coroa e radial, 37 (19,68% do total das lesões) mostraram aspecto organizado semelhante às pétalas de flor, e por este motivo foram assim denominadas. A Tabela 4 mostra as combinações possíveis dos padrões vasculares em relação aos vasos e orifícios, enquanto na Figura 2 são apresentados os esquemas de todas as lesões do estudo classificadas por dermatoscopia.

Ao relacionar os padrões vasculares com alterações clínicas, como inflamação e/ou escoriação e eczema perilesional, observou-se que a proporção de lesões com padrão vascular puntiforme apresentando inflamação ou escoriação foi significativamente maior que sem inflamação ou escoriação (79% versus 8%, $\chi^2(1) = 85,1$, $p < 0,001$). A proporção de lesões com padrão vascular puntiforme apresentando eczema foi significativamente maior que sem eczema (50% versus 15%, $\chi^2(1) = 19,6$, $p < 0,001$).

Quando foi comparado o padrão vascular puntiforme em relação aos outros padrões, verificou-se que a ocorrência de inflamação e/ou escoriação foi 16 vezes mais comum nas lesões com padrão vascular puntiforme que outros padrões e eczema perilesional foi 4,4 vezes mais comum.

DISCUSSÃO

Embora considerado como diagnóstico clínico fácil, até o momento mais de 40 tipos de lesões foram descritos como diagnósticos diferenciais do molusco con-

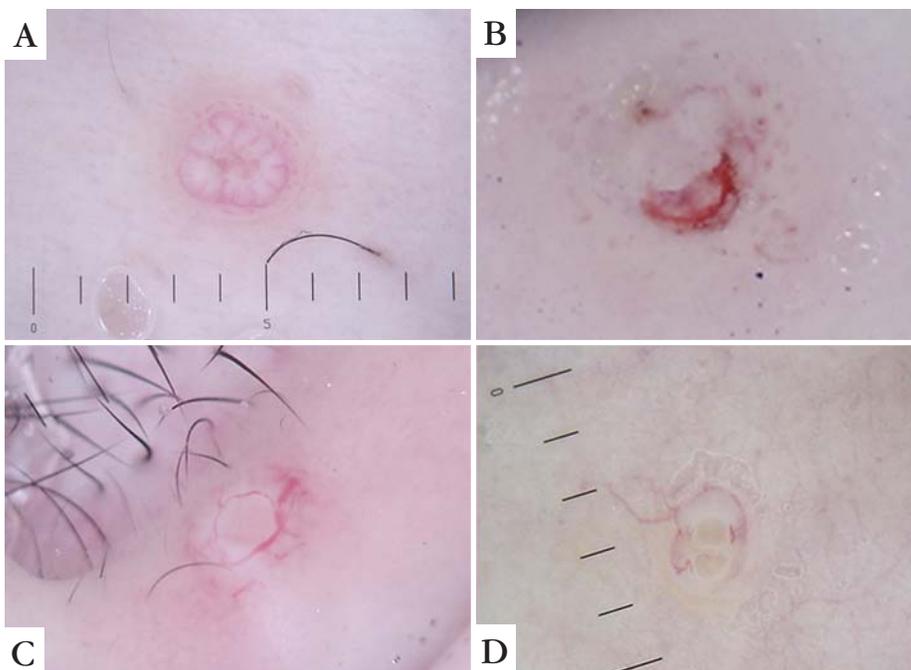


FIGURA 1: A. Presença de vaso ao redor da lesão (padrão vascular em coroa), com orifício ao centro. B. Presença de vasos perpendiculares ao centro que o rodeiam sem passar pelo orifício (padrão vascular radial). C. Presença de vasos espalhados pela lesão de aspecto puntiforme (padrão vascular puntiforme). A lesão apresenta mancha hemorrágica, mostrando a relação dos vasos puntiformes com inflamação. D. Padrão vascular combinado, mostrando padrão em coroa associado a padrão radial de forma organizada, lembrando as pétalas de uma flor (padrão vascular em pétalas) (10x)

QUADRO 1: Diagnósticos diferenciais do molusco contagioso já descritos na literatura.

Abscesso	Hidrocistoma
Acrocórdon	Hiperplasia sebácea
Calázio	Histiocitoma
Carcinoma basocelular	Histoplasmose
Carcinoma espinocelular	Infiltração linfocítica de Jessner
Cisto epidérmico	Leucemia cútis
Comedão	Líquen plano
Condiloma acuminado	Micose fungóide
Corno cutâneo	Milia
Criptococose cutânea	Neurofibroma
Dermatite atópica	Nevo epidérmico
Dermatite herpetiforme	Nevo intradérmico
Granuloma glúteo infantil	Nevo sebáceo
Disceratoma verrucoso	Nevoxantoendotelioma
Doença de Darier	Nódulos subcutâneos
Ectima	Pioderma gangrenoso
Foliculite	Peniciliose
Furúnculo	Queratoacantoma
Glândulas de Tyson	Siringoma
Granuloma anular papuloso	Tricoepitelioma
Granuloma piogênico	Verruga vulgar
Herpes simples	Varicela

contagioso (Quadro 1).^{2,10} A dermatoscopia é um método diagnóstico de fácil execução, rápido, de custo relativamente baixo e que pode ser usado rotineiramente no consultório.

A dermatoscopia do molusco contagioso foi descrita pela primeira vez por Vázquez-López *et al.* em 2004.⁹ Desde então, apenas mais três trabalhos^{5,7,8} descreveram a dermatoscopia do molusco, catalogando 20 lesões ao todo. Nesses estudos, apenas o padrão em coroa foi descrito para lesões do molusco contagioso (15 em 20 lesões - 75%). Os padrões vasculares observados no presente estudo foram classificados com o auxílio do estudo de Vázquez-López *et al.*⁹ sobre padrões vasculares de dermatoses não-tumorais, tendo sido detectados além do padrão vascular em coroa, dois outros padrões: radial e puntiforme.

Zaballos *et al.*⁵ e Morales *et al.*⁸ relataram que os vasos em coroa das cinco lesões de molusco contagioso por eles estudadas estavam acompanhados por vasos que passavam através da estrutura amorfa da lesão em direção ao centro, mas que não o cruzavam. Provavelmente, houve referência ao padrão vascular radial, embora esta denominação não tenha sido empregada no texto daqueles autores.

Os vasos puntiformes apresentam-se como pequenos pontos avermelhados dentro da lesão e já foram descritos para inúmeras doenças, como melanoma, acantoma de células claras,¹¹ 80% das lesões de líquen plano¹² e também para o poroma écrino,¹³ mas não foram relatados para lesões de molusco contagioso.

TABELA 1: Frequência dos achados morfológicos de 188 lesões de molusco contagioso, com vasos visíveis por dermatoscopia

Achado morfológico	Frequência	
	N	%
Coroa	136/188	72,34
Radial	102/188	54,25
Puntiforme	38/188	20,21

so. Em nosso estudo, 20,21% das lesões apresentaram este tipo de padrão vascular. Talvez este padrão nunca tenha sido descrito para lesões de molusco contagioso, embora tenha ocorrido em alta frequência em nosso estudo, porque o número total de casos de dermatoscopia de molusco contagioso descritos na literatura mundial até o momento era escasso. Além disso, a escolha das lesões na presente pesquisa englobou aquelas com presença de inflamação e eczema perilesional, alterações clínicas que estiveram relacionadas ao padrão puntiforme.

Em seu trabalho sobre dermatoscopia dos padrões vasculares das dermatoses não-tumorais, Vázquez-López *et al.*⁹ afirmam que estas podem apresentar padrões vasculares solitárias e combinadas. Apenas Zaballos *et al.*⁵ e Morales *et al.*⁸ referem-se ao padrão vascular combinado quando descrevem cinco lesões analisadas que apresentavam vasos ao redor da lesão e em direção ao centro desta. No presente estudo, 45,74% das lesões apresentaram padrões vasculares combinados, entre os quais, o mais comum foi o padrão vascular combinado em coroa e radial, conforme descrito, porém não denominado, por Zaballos *et al.*⁵ e Morales *et al.*⁸ O padrão vascular combinado em flor, descrito por nós, não foi citado em nenhum outro estudo e provavelmente deva ser específico de lesões de molusco contagioso.

Nas pesquisas acerca da dermatoscopia de molusco contagioso, não houve descrição clínica do orifício e, à luz da dermatoscopia, supõe-se que esta estrutura seja a área central composta por material amarelado ou por material branco-amarelado. No presente estudo, as lesões do molusco nem sempre apresentaram orifício quando examinadas por dermatoscopia, não tendo sido detectado este tipo de estrutura em 3,32% das lesões examinadas. Quando presente, o orifício apresentou duas morfologias: a já descrita anteriormente, com material branco-amarelado no centro, e outra com orifício homogêneo, sem visualização de estruturas no centro, apresentando apenas área arredondada de cor uniforme. Como a presença do orifício é importante característica para a identificação das lesões de molusco contagioso, e levando-se

TABELA 2: Possíveis combinações dermatoscópicas da presença ou ausência de orifícios com os padrões vasculares ou ausência de vasos para lesões do molusco contagioso

Padrão vascular	Com orifício		Sem orifício		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vaso coroa	133/211	63,03	3/211	1,42	136/211	64,45
Vaso radial	100/211	47,39	2/211	0,95	102/211	48,34
Vaso puntiforme	36/211	17,06	2/211	0,95	38/211	18,01
Sem vaso	21/211	9,95	2/211	0,95	23/211	10,90

TABELA 3: Presença de padrão vascular combinado nas 188 lesões de molusco contagioso que apresentaram vasos na avaliação dermatoscópica

Padrão vascular	Frequência	
	N	%
Coroa + Radial	83/188	44,15
Coroa + Radial (flor)	37/188	19,68
Coroa + Puntiforme	5/188	2,66
Radial + Puntiforme	2/188	1,06

em consideração que muitas lesões não a apresentam clinicamente, a dermatoscopia é fundamental nos casos em que o orifício não é percebido ao exame clínico.

Observou-se que 15 das 20 (75%) lesões de molusco contagioso avaliadas por dermatoscopia apresentavam vasos. Com a utilização apenas do exame clínico, diferentemente do que ocorreu com a observação do orifício, a presença de vasos dificilmente foi identificada, tendo-se detectado sua presença em 13 de 211 lesões (6,16%). Em nenhum dos trabalhos sobre molusco, inclusive aqueles sobre epidemiologia, encontrou-se qualquer referência à presença de vasos a olho nu. A referência mais conhecida e aplicada para o diagnóstico de molusco restringe-se apenas ao orifício central. Porém, em nosso estudo, com a utilização do exame dermatoscópico, foi identificada a presença de vasos em 188 de 211 lesões

(89,10%), o que demonstra que esta técnica diagnóstica pode ser usada principalmente para a identificação de vasos, já que o orifício é mais facilmente visualizado no exame clínico e, portanto, por dermatoscopia.

Observou-se que a maioria das lesões de molusco contagioso com inflamação e/ou escoriação e eczema perilesional apresentou padrão vascular puntiforme, o que foi estatisticamente significativo em relação às lesões que não apresentavam estas alterações clínicas.

Sabe-se que os vasos puntiformes estão presentes mais comumente em lesões inflamatórias, como o líquen plano.¹² Entretanto, como ainda não foram relatados para molusco contagioso, não foi possível comparar os resultados do presente estudo com a literatura mundial. Embora tenha sido percebido que inflamação e escoriação estiveram mais associadas à presença de vasos puntiformes, estes também podem aparecer em lesões que não tenham estas características.

Conquanto não se tenha evidência direta de que a inflamação está associada com a imunidade, existe a teoria de que as pápulas desaparecerem após tornarem-se inflamadas.¹⁴ Dois pacientes de nosso estudo apresentaram o fenômeno de regressão e suas lesões tornaram-se inflamatórias e com padrão vascular puntiforme. Kipping⁶ também relatou o desaparecimento das lesões de molusco logo após sua eczematização e inflamação. Pode-se supor que, da mesma forma que a inflamação e o eczema perilesional prece-

TABELA 4: Possíveis combinações dermatoscópicas da presença ou ausência de orifícios com os padrões vasculares combinados, para lesões do molusco contagioso

Padrão vascular	Com orifício		Sem orifício		Total	
	N	%	N	%	N	%
Coroa + Radial	82/183	44,81	1/5	20,00	83/188	44,15
Coroa + Radial (flor)	37/183	20,22	0/5	0,00	37/188	19,68
Coroa + Puntiforme	4/183	2,19	1/5	20,00	5/188	2,66
Radial + Puntiforme	1/183	0,55	1/5	20,00	2/188	1,06

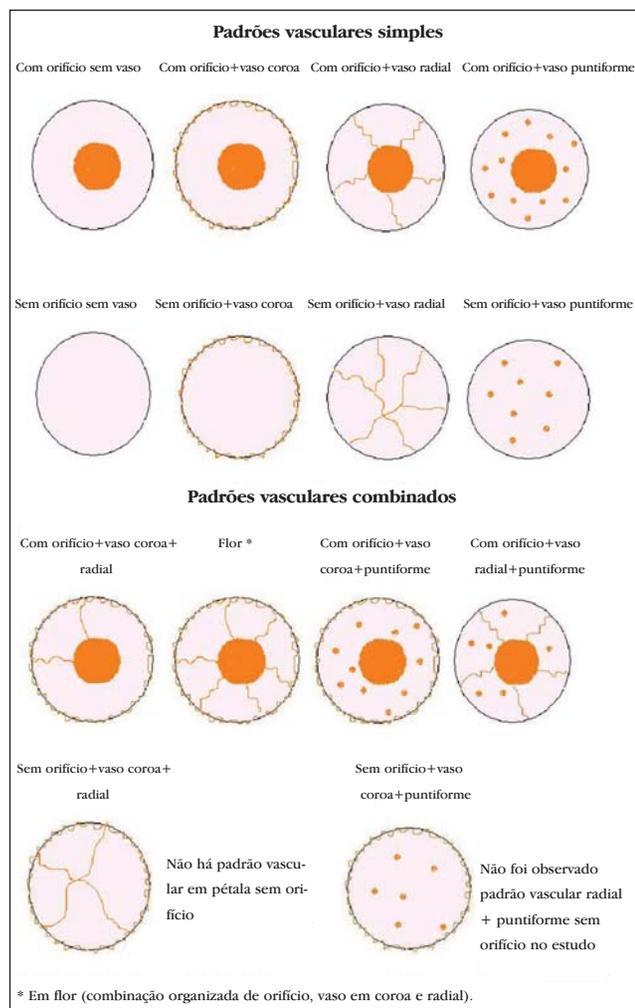


FIGURA 2: Combinações da ausência e presença de orifício com a ausência e presença de vasos e padrões vasculares

REFERÊNCIAS

- Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol.* 2006;45:93-9.
- Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. *Dermatol Online J.* 2003;9:2.
- Duarte AA, Cucé LC. Mollusco contagioso ocorrendo em cisto epidérmico. *An Bras Dermatol.* 1990;65: 145-6.
- Lewis EJ, Lam M, Crutchfield CE 3rd. An update on molluscum contagiosum. *Cutis.* 1997;60:29-34.
- Zaballos P, Ara M, Puig S, Malvey J. Dermoscopy of molluscum contagiosum: a useful tool for clinical diagnosis in adulthood. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:482-3.
- Kipping HF. Molluscum dermatitis. *Arch Dermatol.* 1971;103:106-7.
- Zalaudek I, Giacomet J, Cabo H, Di Stefani A, Ferrara G, Hofmann-Wellenhofer R, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology.* 2008;216:14-23.
- Morales A, Puig S, Malvey J, Zaballos P. Dermoscopy of molluscum contagiosum. *Arch Dermatol.* 2005;141:1644.
- Vázquez-López F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol.* 2004;150:226-31.
- Gottlieb SL, Myskowski PL. Molluscum contagiosum. *Int J Dermatol.* 1994;33:453-61.
- Blum A, Metzler G, Bauer J, Rassner G, Garbe C. The dermatoscopic pattern of clear-cell acanthoma resembles psoriasis vulgaris. *Dermatology.* 2001;203:50-2.
- Vázquez-López F, Manjón-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Pérez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology.* 2003;207:151-6.
- Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:539-41.
- Steffen C, Markman JA. Spontaneous disappearance of molluscum contagiosum. Report of a case. *Arch Dermatol.* 1980;116:923-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:
Mayra Ianbez
 Rua B-28, Qd 23-B, Lt3, Jardins Paris,
 74885-600, Goiânia-GO, Brasil.
 e-mail: ianbez@hotmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Ianbez M, Cestari SCP, Enokihara MY, Seize MBPM. Padrões dermatoscópicos do molusco contagioso: estudo de 211 lesões confirmadas por exame histopatológico. *An Bras Dermatol.* 2011;86(1):74-9.