

Dermatoscopia: o método de análise de padrões*

*Dermoscopy: the pattern analysis**

Gisele Gargantini Rezze¹Bianca Costa Soares de Sá²Rogério Izar Neves³

Resumo: A incidência do melanoma cutâneo tem aumentado mundialmente e, por tratar-se de neoplasia bastante agressiva e de difícil tratamento em estádios mais avançados, o diagnóstico precoce é fundamental para a cura do paciente. A dermatoscopia surgiu como exame auxiliar *in vivo*, que tem papel fundamental na realização do diagnóstico precoce e amplifica a acurácia diagnóstica do melanoma. Para a realização do método, é necessário utilizar o dermatoscópio, aparato que permite aumentar a lesão, no mínimo, 10 vezes. A imagem obtida é interpretada utilizando-se o método diagnóstico da preferência do examinador. O método de Análise de Padrões é atualmente o mais utilizado e o que possui maior acurácia para o diagnóstico do melanoma cutâneo, tendo-se demonstrado confiável para o ensino de residentes em dermatologia. Baseia-se em padrões globais e específicos que permitem diferenciar as lesões melanocíticas das não melanocíticas (também importantes no diagnóstico diferencial com o melanoma cutâneo), assim como identificar lesões melanocíticas consideradas benignas, suspeitas ou malignas.

Palavras-chave: Dermatologia/métodos; Dermatoscopia; Diagnóstico por imagem/métodos; Diagnóstico diferencial; Melanoma/diagnóstico

Abstract: *The incidence of cutaneous melanoma is increasing worldwide. Since it has an aggressive behavior and difficult to treat in more advanced stages, early diagnosis is essential for cure. Dermoscopy is an auxiliary diagnostic method that allows an increase in the diagnostic accuracy for cutaneous melanoma using a hand-held microscope with a 10-fold magnification – a dermatoscope. The pattern analysis method is considered a reliable procedure to teach dermatology residents. It is based on global and specific patterns that enable classifying melanocytic and non-melanocytic lesions (which are important in the differential diagnosis of cutaneous melanoma). Among melanocytic lesions, dermoscopy is useful in recognize benign, suspect or malignant lesions.*

Keywords: *Dermatology/methods; Dermoscopy; Diagnostic imaging/methods; Diagnosis differential; Melanoma/diagnosis*

* Trabalho realizado no Hospital do Câncer de São Paulo – A.C. Camargo - São Paulo (SP), Brasil.
Conflito de interesse declarado: Nenhum.

¹ Doutoranda em Oncologia da Pós-Graduação da Fundação Antonio Prudente. Mestre em Oncologia pela Pós-Graduação da Fundação Antonio Prudente. Dermatologista assistente do Departamento de Oncologia Cutânea do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo – A.C. Camargo - São Paulo (SP), Brasil.

² Mestre em Oncologia pela Pós-Graduação da Fundação Antonio Prudente. Dermatologista assistente do Departamento de Oncologia Cutânea do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo – A.C. Camargo - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutor em Medicina pela Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP. Diretor do Departamento de Oncologia Cutânea do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo – A.C. Camargo - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A incidência do melanoma tem dobrado, mundialmente, em pacientes de pele clara, nos últimos 10 anos.¹ As maiores taxas de incidência e mortalidade mundial encontram-se na Austrália. Nesse país, é o câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres, na faixa etária de 15 a 44 anos, sendo considerado problema de saúde pública.²

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam a estimativa de 5.760 casos novos para 2006, sendo 2.710 referentes a homens e 3.050 a mulheres.³ Acredita-se que esses dados não caracterizem a realidade brasileira, que tem, supõe-se, taxa de incidência bem maior. No Hospital do Câncer de São Paulo – A.C. Camargo, o número de casos novos por ano é de aproximadamente 200 pacientes, ou seja, 10 casos novos por 2.200 atendimentos mensais (dados não publicados).

O melanoma cutâneo é neoplasia que acomete indivíduos jovens e apresenta caráter agressivo, mostrando-se refratária aos tratamentos atuais quando há o desenvolvimento de metástases.^{4,5} Sua cura relaciona-se à excisão do tumor em sua fase inicial de desenvolvimento, e está bem estabelecida a necessidade do diagnóstico precoce.⁶ Como as lesões pigmentadas muitas vezes não são diagnosticadas por suas características clínicas, mesmo por profissional experiente, critérios adicionais são necessários para o diagnóstico clínico de maior acurácia das lesões pigmentadas da pele, surgindo, por consequência, um método de exame auxiliar, a dermatoscopia.^{7,8}

Também chamada de microscopia de superfície, dermoscopia ou, ainda, microscopia de epiluminescência,^{9,15} é método para visualização das estruturas localizadas abaixo do estrato córneo, apresentando como principal indicação o estabelecimento do diagnóstico das lesões pigmentadas da pele, visando ao diagnóstico do melanoma cutâneo nas fases iniciais de evolução e infiltração.^{7,16}

A acurácia para o diagnóstico clínico do melanoma, feito por dermatologista, sem a utilização do dermatoscópio, foi estimada entre 75 e 80% e mais baixa se estabelecida por residentes de dermatologia ou clínicos gerais.¹⁷ No entanto, com a utilização do exame dermatoscópico, pode-se alcançar acurácia diagnóstica de aproximadamente 90% para o diagnóstico de melanoma cutâneo.¹⁷ Obviamente, a acurácia diagnóstica está associada à experiência do examinador e seu treinamento com os critérios dermatoscópicos,¹⁸ cujo bom emprego também é fundamental.

A técnica para a realização da dermatoscopia consiste no emprego de aparelhagem ótica que permite um aumento variável de seis a 400x. O mais utilizado é um aparelho portátil com aumento de 10x, o dermatoscópio, no qual um feixe luminoso é emitido

por uma lâmpada halógena que incide, em ângulo de 20 graus, na superfície cutânea, previamente preparada com aplicação de fluido (óleo, água, gel ou glicerina) na interface entre a epiderme e a lâmina de vidro do aparelho, a fim de eliminar a reflexão da luz, permitindo sua penetração e a visualização das características dermatoscópicas, resultantes principalmente da presença do pigmento melânico nas diferentes camadas da pele (epiderme e derme), hemoglobina dos vasos e fibrose dérmica.¹⁸

Na busca de instrumentos que permitam maior acurácia diagnóstica e aprimoramento no seguimento das lesões pigmentadas, os aparelhos dermatoscópicos estão cada vez mais leves e de mais fácil manuseio. Alguns utilizam a luz polarizada por ser mais potente e não demandar a utilização de fluidos, tornando o exame ainda mais rápido. Aprimoram-se também os recursos para realização da dermatoscopia digital, possibilitando o monitoramento de lesões pigmentadas ao longo do tempo, pelo armazenamento das imagens digitais, e também a exportação de lesões duvidosas para outros centros, visando à discussão diagnóstica.¹⁸

MÉTODO DE ANÁLISE DE PADRÕES

O método de Análise de Padrões foi descrito inicialmente por Perhambberger et al., em 1987 e estandardizado pelo Consenso de Hamburgo de 1989.^{19,20} Essa metodologia definiu padrões dermatoscópicos característicos das lesões pigmentadas da pele e recentemente (2000) foi atualizada pelo Consensus Net Meeting.^{18,21,22}

Trata-se do método mais utilizado na dermatoscopia e aquele que apresenta a maior acurácia diagnóstica para o melanoma cutâneo. Além disso, em estudo recente, demonstrou-se que é também o método mais confiável para o ensino da dermatoscopia para residentes (*non experts*) em dermatologia.^{18,22,23}

ANÁLISE DE PADRÕES DAS LESÕES MELANOCÍTICAS

Para a utilização desse método diagnóstico, deve-se inicialmente identificar se a lesão pigmentada da pele é melanocítica ou não melanocítica. A presença de rede pigmentar, glóbulos ou pontos caracteriza as lesões melanocíticas, e, em relação ao nevo azul, a presença de área homogênea azul-acinzentada determina seu diagnóstico.^{18,21,22}

Se a lesão não apresenta nenhuma das características dermatoscópicas citadas, trata-se de uma lesão não melanocítica; assim, para obter-se o diagnóstico, são utilizados os critérios específicos que caracterizam as ceratoses seborréicas, hemangiomas e angioceratomas, carcinomas basocelulares pigmentados e dermatofibromas.^{21,22}

As lesões melanocíticas são identificadas por suas características dermatoscópicas globais, definindo seu padrão global, ou por critérios dermatoscópicos específicos, determinando seu padrão local (quando não é possível definir-se um padrão global). Os critérios dermatoscópicos específicos utilizados são: rede pigmentar regular, rede pigmentar irregular, pontos, glóbulos, pseudópodes, estrias radiadas, véu azul-esbranquiçado, áreas de regressão, áreas de hipopigmentação e áreas de hiperpigmentação (“borrões” ou blotches).^{18,22}

1. PADRÃO GLOBAL

O padrão global apresenta características dermatoscópicas predominantes na lesão, permitindo seu diagnóstico.

Padrão reticular

No padrão reticular ocorre presença predominante da rede pigmentar regular ou rede pigmentar em “favo de mel”. Histologicamente, a lesão apresenta hiperpigmentação da camada basal e/ou hiperplasia melanocítica, podendo corresponder a um nevo junctional, nevo composto, lentigo ou melanose.¹⁸

Padrão globular

A presença de múltiplos glóbulos agregados é predominante no padrão globular. Os glóbulos podem apresentar diferentes colorações (preto, castanho, azul ou cinza), dependendo da profundidade (epiderme, derme papilar e derme reticular) na qual se encontra o pigmento (melanina). Algumas lesões possuem glóbulos claros ou róseos, com pouca pigmentação. O padrão globular apresenta especificidade alta para o diagnóstico de nevos compostos e intradérmicos.¹⁸

Padrão *cobblestone*

Nesse padrão também predomina a presença de glóbulos, mas são maiores e “encaixados” de forma a assemelhar-se à disposição dos paralelepípedos (pedra de calçamento). A especificidade é alta para nevos compostos e intradérmicos¹⁸ (Figura 1).

Padrão *pointillist*

Padrão descrito recentemente, caracterizado por pontos castanhos ou cinzentos de tamanhos regulares e aspecto uniforme, sobre base levemente acastanhada. Esse padrão caracteriza os nevos compostos ou intradérmicos.²⁴

Padrão homogêneo

Verifica-se a presença de pigmentação difusa e homogênea azul-acinzentada, e a ausência de rede pigmentar caracteriza os nevos azuis.¹⁸

Padrão paralelo

Corresponde ao padrão encontrado nas lesões palmoplantares. A pigmentação localizada ao longo dos sulcos superficiais ocorre em 40% dos nevos melanocíticos benignos palmoplantares (padrão de sulcos paralelos). A pigmentação localizada ao longo das cristas superficiais (em que há presença das glândulas écrinas) ocorre em 86 a 98% dos melanomas acrais (padrão de cristas paralelas).¹⁸

Padrão *starburst*

É caracterizado pela presença de estrias radiadas ou pseudópodes regularmente distribuídos por toda a periferia da lesão e pigmentação intensa na região central, conferindo o aspecto em “explosão estelar”. Ocorre em 53% dos nevos de células fusiformes e/ou epitelióides (nevos de Reed ou nevos de Spitz pigmentados).¹⁸

Padrão de multicomponentes

Esse padrão apresenta alta especificidade para o diagnóstico de melanoma cutâneo e consiste na presença de três ou mais características dermatoscópicas em uma mesma lesão. As características dermatoscópicas que podem ser observadas são: presença de múltiplas cores, rede pigmentar irregular e/ou hiperpigmentada (proeminente), pseudópodes, estrias radiadas, véu azul-esbranquiçado, áreas de regressão (despigmentação ou *peppering*), glóbulos marrons ou pretos de formato irregular e distribuídos irregularmente dentro da lesão, pontos pretos periféricos, áreas de hipopigmentação ou áreas de hiperpigmentação (“borrões” ou blotches)¹⁸ (Figura 2).

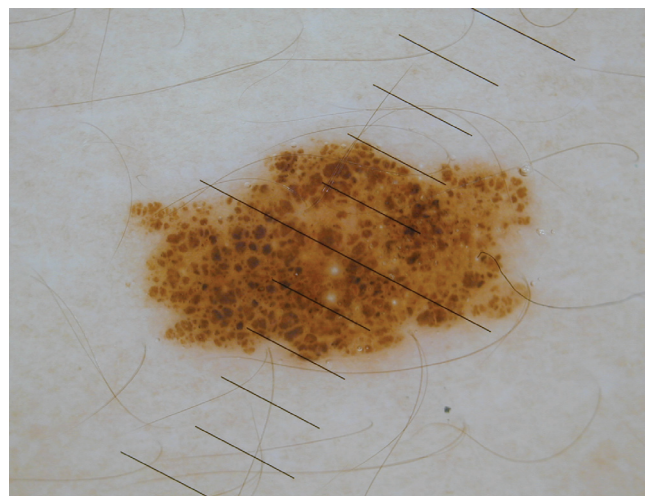


FIGURA 1: Dermafoto (10x) de um nevo melanocítico composto padrão *cobblestone*. Nota-se a disposição “encaixada” dos glóbulos

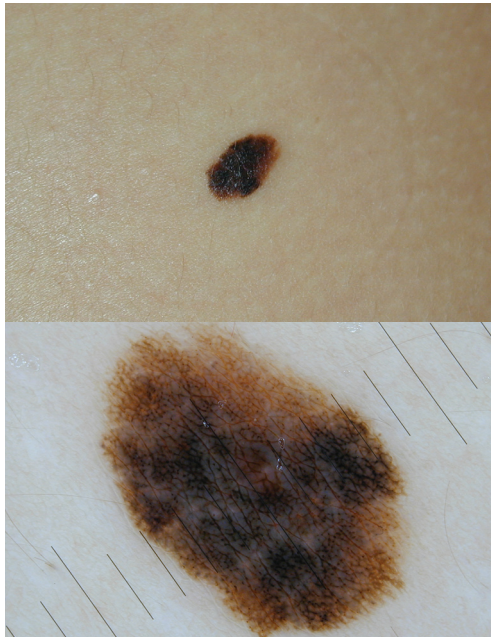


FIGURA 2: Fotografia macro e dermafoto (10x) de um melanoma cutâneo. Observar o padrão de multicomponentes com a presença de rede alargada, pontos pretos, pontos marrons periféricos e múltiplas cores (marrom-claro, marrom-escuro, azul e preto)



FIGURA 3: Dermafoto (10x) de um nevo melanocítico composto. Notam-se rede pigmentar regular periférica, área homogênea central e pontos pretos centrais

2. PADRÃO LOCAL

A presença de características dermatoscópicas específicas em diferentes regiões de uma mesma lesão contribuem para a realização do diagnóstico das lesões melanocíticas e são denominadas de *padrão local*.

Nevo juncional

Apresenta rede pigmentar regular (“em favo de mel”), de tonalidade acastanhada e uniforme ou mais proeminente no centro e esmaecimento gradual para as bordas (padrão reticular). Pode apresentar glóbulos e pontos pretos ou castanhos distribuídos regularmente dentro da lesão (geralmente região central).

Nevo composto

A rede pigmentar geralmente é discreta e periférica, apresenta pigmentação central homogênea ou glóbulos e pontos castanhos, pretos ou azul-acinzentados distribuídos no centro da lesão (Figura 3). Algumas lesões apresentam área de hipopigmentação de aspecto regular e central. Os padrões globais globular, *cobblestone* e *pointillist* também caracterizam os nevos compostos.

Nevo intradérmico

Caracterizado por ausência de rede pigmentar e presença de glóbulos e pontos, pode ter aspecto nodular formado por glóbulos com pouca pigmentação ou tonalidade semelhante à da pele normal. As lesões papilomatosas podem apresentar pseudo-aberturas foliculares e assumir os padrões globular, *cobblestone* ou *pointillist*.

Nevo congênito

Os pequenos geralmente apresentam padrão globular ou *cobblestone*, e os maiores apresentam áreas sem estruturas entremeadas por áreas ricas em estruturas, padrão que se repete em toda a lesão (aspecto monótono)¹⁸ (Figura 4).

Nevo azul

Possui padrão homogêneo azul-acinzentado, com ausência de rede pigmentar, pontos e glóbulos. Pode-se encontrar hipopigmentação difusa decorrente da deposição de colágeno na derme e/ou véu marrom decorrente da hiperpigmentação

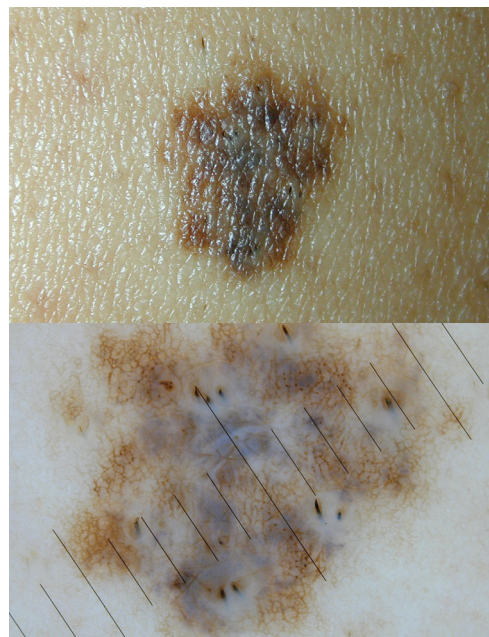


FIGURA 4: Fotografia macro e dermafoto (10x) de um nevo melanocítico congênito composto. Observar as áreas ricas em estruturas entremeadas por áreas sem estruturas (padrão monótono)

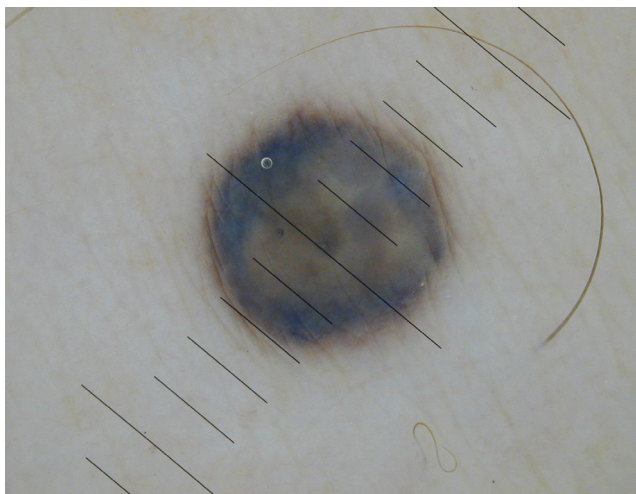


FIGURA 5: Dermatofoto (10x) de um nevo azul. Observar padrão homogêneo azul-acinzentado, com ausência de rede pigmentar, pontos e glóbulos e área de hipopigmentação central

da camada basal (Figura 5). Algumas lesões podem apresentar projeções lineares na periferia simulando pseudópodes (estruturas denominadas pseudopseudópodes).¹⁸

Nevos de células fusiformes e/ou Epitelióides

Os nevos de Reed e Spitz pigmentado podem apresentar padrão *starburst*, padrão globular (pigmentação central homogênea e glóbulos castanhos periféricos) ou padrão atípico (sem características dermatoscópicas definidas). Em 25% das lesões que apresentam padrão dermatoscópico atípico verifica-se atipia nas características histopatológicas.²⁵

Os nevos de Spitz pouco pigmentados apresentam aspecto de rede invertida, caracterizado pelo traçado de coloração mais clara ao redor dos glóbulos mais escuros (Figura 6).

Nevo recorrente (nevo persistente ou pseudomelanoma)

Esses nevos ocorrem após exérese incompleta de um nevo e apresentam-se com pigmentação de aspecto bizarro e área branca correspondente à área de cicatrização.^{26,27}

Nevos atípicos

Os critérios dermatoscópicos para o diagnóstico de nevo atípico são considerados um desafio. O método de Análise de Padrões tem acurácia diagnóstica de aproximadamente 76% para essas lesões.²⁸ As características dermatoscópicas mais comumente encontradas estão listadas no quadro 1.¹⁸

Melanoma cutâneo

As lesões apresentam aspecto assimétrico, com polimorfismo de estruturas e cores, e formato irregular (Figura 7). As características mais comumente encontradas estão listadas no quadro 1. Algumas lesões de melanoma cutâneo podem apresentar a rede invertida descrita para os nevos de Spitz, sendo importante no diagnóstico diferencial dessas lesões.¹⁸

Análise de Padrões das lesões não melanocíticas

As lesões não melanocíticas são importantes no diagnóstico diferencial com o melanoma e são aquelas que não apresentam rede, glóbulos ou pontos à dermatoscopia. Possuem características dermatoscópicas específicas que definem seu diagnóstico.

Hemangiomas e angioceratomas

As características dermatoscópicas que caracterizam os hemangiomas e angioceratomas são: presença de coloração azul-avermelhada, lagos azul-avermelhados, despigmentação cicatricial (ao redor dos espaços vasculares, delimitando as estruturas dos lagos). Quando trombosados, os hemangiomas eruptivos podem assumir tonalidade enegrecida, tornando-se importante diagnóstico diferencial com o melanoma cutâneo. Nos angioceratomas, encontra-se uma estrutura periférica translúcida (“geléia”) decorrente da presença de acantose.¹⁸

Ceratoses seborréicas

Caracterizam-se pela presença de estruturas denominadas pseudocistos córneos, pseudodilatações foliculares, padrão cerebriforme ou em impressão digital na ausência de rede pigmentar e glóbulos.¹⁸



FIGURA 6: Fotografia macro e dermatofoto (10x) de um nevo de Spitz. Notam-se glóbulos com pigmentação intensa e outros com ausência de pigmentação, caracterizando a “rede invertida”

QUADRO 1: Características dermatoscópicas dos nevos atípicos em comparação com os melanomas cutâneos

Crítérios dermatoscópicos	Nevo atípico	Melanoma cutâneo
Rede pigmentar	Irregular, discreta, focalmente proeminente, terminação abrupta ou gradual	Irregular, proeminente, espessa, terminação abrupta na periferia
Pigmentação difusa	Irregular, intensa, heterogênea central, terminação abrupta na periferia	Irregular, heterogênea, terminação abrupta na periferia
Despigmentação	Irregular e periférica	Irregular, bizarra, coloração branco-rosada no centro e periférica
Glóbulos marrons	Tamanho e formato variados, distribuídos irregularmente	Geralmente presentes, tamanho e formato variados, distribuídos irregularmente
Pontos pretos	Raros e distribuídos regularmente	Comuns, tamanho e formato variados, distribuídos irregularmente
Estrias radiadas	Ausentes	Presentes
Pseudópodes	Ausentes	Presentes
Véu azul-acinzentado	Ausente	Presente

Fonte: Rezze GG, Soares de Sá BC, Neves RI. Atlas de Dermatoscopia Aplicada. São Paulo: Lemar; 2004.

Carcinoma basocelular pigmentado

O carcinoma basocelular pigmentado é caracterizado pela ausência de rede pigmentar e presença de pelo menos uma característica dermatoscópica: áreas em “raio de roda”, grandes ninhos ovóides azul-acinzentados, múltiplos glóbulos

azul-acinzentados, áreas “em folha” (ou “em dedo de luva”), telangiectasias arboriformes e ulceração²⁹ (Figura 8).

A pigmentação no carcinoma basocelular ocorre principalmente pela presença da melanina na massa tumoral (melanócitos hiperplásicos ou

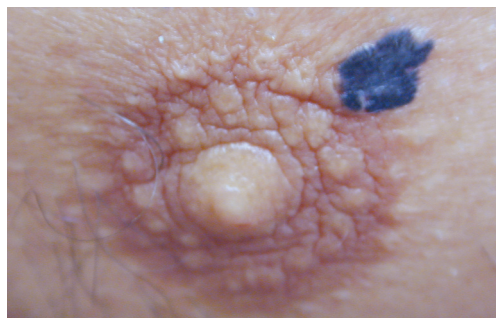


FIGURA 7: Fotografia macro e dermafoto (10x) de um melanoma cutâneo. Observar a presença do véu azulado, estrias radiadas e áreas de blotches



FIGURA 8: Fotografia macro e dermafoto (10x) de um carcinoma basocelular pigmentado. Nota-se a presença dos grandes ninhos ovóides e de estrutura em “raio de roda”



FIGURA 9: Dermafoto (10x) de um dermatofibroma. Observa-se a presença de rede pigmentar regular e delicada ao redor da placa central cicatricial

melanossomas fagocitados pelo tumor) e é importante diagnóstico diferencial com o melanoma cutâneo, principalmente quando muito pigmentado.^{18,29}

Dermatofibroma

As principais características dermatoscópicas dos dermatofibromas são placa central branca cicatricial, rede pigmentar periférica delicada, pontos e glóbulos castanhos e coloração avermelhada ao redor da placa central cicatricial.^{18,30,31} (Figura 9).

Apesar das características dermatoscópicas bem definidas, a palpação é de fundamental importância na realização do diagnóstico (a compressão lateral da lesão produz uma depressão central típica).¹⁸

CONCLUSÃO

A dermatoscopia, atualmente, tornou-se uma técnica útil e imprescindível na abordagem clínica das lesões pigmentadas da pele, tendo papel fundamental na identificação precoce das lesões pigmentadas malignas (melanomas cutâneos). Sugere-se que o método de Análise de Padrões seja conhecido e difundido, por tratar-se da técnica de maior acurácia diagnóstica para o melanoma cutâneo e mostrar-se extremamente confiável para o ensino de profissionais médicos não experientes. □

REFERÊNCIAS

1. Lorentzen H, Weismann K, Petersen CS, Larsen FG, Secher L, Skodt V. Clinical and dermoscopic diagnosis of malignant melanoma: assessed by expert and non-expert groups. *Acta Derm Venereol.* 1999;79:301-4.
2. Marks R. The changing incidence and mortality of melanoma in Austrália. *Recent Results Cancer Res.* 2002;160:113-21.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas/2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005. p. 39.
4. Slominski A, Wortsman J, Nickoloff B, McClatchey K, Mihm MC, Ross JS. Molecular pathology of malignant melanoma. *Am J Clin Pathol.* 1998;110:788-94.
5. Shen SS, Zhang PS, Eton O, Prieto VG. Analysis of protein tyrosine kinase expression in melanocytic lesions by tissue array. *J Cutan Pathol.* 2003;30:539-47.
6. Soyer PH, Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Talamini R, et al. Three-Point Checklist of Dermoscopy. *Dermatol.* 2004;208:27-31.
7. Dal Pozzo V, Benelli C, Roscetti E. The seven features for melanoma: a new dermoscopic algorithm for the diagnosis of malignant melanoma. *Eur J Dermatol.* 1999;9:303-8.
8. Soyer HP, Argenziano G, Ruocco V, Chimenti S. Dermoscopy of pigmented skin lesions (Part II). *Eur J Dermatol.* 2001;11:483-98.
9. Soyer HP, Smolle J, Hodl S, Pachernegg H, Kerl H. Surface microscopy: a new approach to the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Am J Dermatopathol.* 1989;11:1-10.
10. 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.
11. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, Cagnetta AB, Vogt T, Landthaler M, et al. The ABCD rule of dermoscopy: high prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:551-9.
12. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Cagnetta AB. Colour atlas of dermoscopy. Oxford: Blackwell Scientific; 1994. p 3.
13. Menzies SW, Crotty KA, Ingvar C, McCarthy WH. An atlas or surface microscopy of pigmented skin lesions. New York: McGraw-Hill; 1996. p 1.
14. Menzies SW. Surface microscopy of pigmented skin

- tumours. *Australas J Dermatol.* 1997;38(Suppl 1):S40-3.
15. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions: comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol.* 1998;134:1563-70.
 16. Rezze GG, Scramim AP, Neves RI, Landman G. Structural correlations between dermoscopic features of cutaneous melanoma and histopathology using transverse sections. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:13-20.
 17. Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, Batrac A, McCarthy WH. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol.* 2001;137:1583-9.
 18. Rezze GG, Soares de Sá BC, Neves RI. Atlas de Dermatoscopia Aplicada. São Paulo: Lemar; 2004. p.19-109.
 19. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:571-83.
 20. Bahmer FA, Fritsch P, Kreusch J, Pehamberger H, Rohrer C, Schindera I, et al. Diagnostic criteria in epiluminescence microscopy: Consensus Meeting of the Professional Committee of Analytic Morphology of Society of Dermatologic Research, 17 November 1989 in Hamburg. *Hautarzt.* 1990;41:513-4.
 21. Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Menzies S, Pehamberger H, Rabinovitz H, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: an atlas based on the consensus Net Meeting on dermoscopy 2000. Milan: Edra; 2001.
 22. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via Internet. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:679-93.
 23. Carli P, Quercioli E, Sestini S, Stante M, Ricci L, Brunasso G, et al. Pattern analysis, not simplified algorithms, is the most reliable method for teaching dermoscopy for melanoma diagnosis to residents in Dermatology. *Br J Dermatol.* 2003;148:981-4.
 24. Huynh PM, Glusac EJ, Bologna JL. Pointillist nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:397-400.
 25. Argenziano G, Scalvenzi M, Staibano S, Brunetti B, Piccolo D, Delfino M, et al. Dermoscopic pitfalls in differentiating pigmented Spitz naevi from cutaneous melanoma. *Br J Dermatol.* 1999;141:788-93.
 26. Marghoob AA, Kopf AW. Persistent nevus: an exception to the ABCD rule of dermoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:474-5.
 27. Stolz W, Braun-Falco O, Landthaler M, Burgdorf WHC, Cagnetta AB. Atlas colorido de dermatoscopia. Traduzido por Araujo RSB. 2 ed. Rio de Janeiro: Di-Livros; 2002. p. 98.
 28. Pehamberger H, Binder M, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy: improvement of early diagnosis of melanoma. *J Invest Dermatol.* 1993; 100:356-62.
 29. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Koff AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2000;136:1012-6.
 30. Ferrari A, Soyer HP, Peris K, Argenziano G, Mazzocchetti G, Piccolo D, et al. Central scarlike patch: a dermoscopic clue for the diagnosis of dermatofibroma. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:1123-5.
 31. Wang SQ, Katz B, Rabinovitz H, Kopf AW, Oliviero M. Lessons on dermoscopy # 6 Dermatofibroma. *Dermatol Surg.* 2000;26:807-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Gisele Gargantini Rezze

R. Barata Ribeiro, 380 cj 34 - Bela Vista

01308-000 - São Paulo - SP

E-mail: ggrezze@ludwig.org.br

Como citar este artigo: Rezze GG, Soares de Sá BC, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. *An Bras Dermatol.* 2006;81(3):261-8.