

# YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI

Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Burcu Gürhan

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Urgan



# Genel Bilgiler

Dermatolojik hastalıklar 1. basamak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan problemlerden biri

Aile hekimlerine yapılan başvuruların yaklaşık **%15** ini oluşturduğu tahmin edilmekte

Hastaların doktora danışmadan, tezgâh üstü ilaçlarla kendi kendine tedavi uygulamaya çalışması sebebiyle kesin sayı bilinmemekte

Özellikle **vajinal mantar enfeksiyonları**, **ayak mantarı** ve halk arasında bilinen adıyla **saçkıran** en sık görülenler arasında

## Genel Bilgiler

Birçok deri hastalığının **görünümü kadar karakteristik bir dağılım alanı** da olduğundan, hastayı tamamen muayene etmek önem taşımakta

⇒ Genital kaşıntı ve akıntı şikâyetlerini, kendi kendilerine uyguladıkları tedavi başarısız olana kadar saklama

## Genel Bilgiler

Herhangi bir deri probleminin doğru tanısı ve devamında tedavisi için hastadan mutlaka **ayrıntılı** bir **anamnez** alınmalı

- Kronik hastalığı olup olmadığı
- Reçeteli veya reçetesiz (tezgah üstü) herhangi bir ilaç alıp almadığı
- Çevresinde benzer semptomlara sahip kişilerin olup olmadığı
- Soygeçmişi
- Ev ve işyerindeki temasları



## Genel Bilgiler

Ayaktaki mantar enfeksiyonları, başka bir sebepten yapılan muayene sırasında ortaya çıkmakta

Özellikle **yaşlı hastalarda kişisel hijyen** konusundaki problemleri yansıtabilmekte

Yaşlı veya özbakımı çeşitli sebeplerden yetersiz olan hastalarda yapılan muayene sırasında bu konu akılda tutulmalı

En sık görüldüğü yerler olan **kıvrım yerlerine** dikkat edilmeli



## Genel Bilgiler

Bazı enfeksiyonlarda diğerlerinden farklı olarak ilk bakışta tanı konulamayabilir

Özellikle herhangi bir **tedavi verilmeden önce ayrıntılı inceleme** yapılmalı

**Son iki hafta içinde** reçeteli veya reçetesiz bir **tedavi alınmış olması kültür sonuçlarını etkileyeceğinden** zamanın dolması beklenmeli

# Genel Bilgiler

En iyi tedavi yaklaşımını belirlemek için:

- İnflamasyonun **anatomik lokalizasyonu**
- Tedavi seçeneklerinin **güvenirliđi, etkinliđi** ve **maliyeti**
- Hastanın tedaviye göstereceđi **uyumluluk**



# Giriş

Mantar enfeksiyonları;  
yerleşimlerine göre, **yüzeyel** ve  
**derin** mantar enfeksiyonları  
olmak üzere iki gruba ayrılır.

Yüzeyel mantar enfeksiyonlarına  
yol açan etkenler;

- Dermatofitler
- Candidalar
- Mallesesia (pitrosporum)





# Dermatofitler

Dermatofitler dünya genelinde sık görülen enfeksiyon etkenleridir

Hayat boyu herhangi bir dermatofit enfeksiyonuna yakalanma olasılığı

**% 10-20\***

Prezentasyonları birbirinden farklıdır, lokalizasyonlarına göre isimlendirilirler ve tedavileri benzerdir

# Dermatofitler

Enfeksiyonların çoğunda etken olan dermatofitler;

- **Epidermophyton** (deri ve tırnak) -- *E. floccosum*
- **Trichophyton** (saç, deri, tırnak) -- *T. schoenleinii*, *T. violaceum*, *T. rubrum*, *T. tonsurans*, *T. ferrugineum*
- **Mikrosporum** (saç ve deri) -- *M. audouinii*, *M. canis*, *M. Gypseum* (saç ve deri)

# Dermatofitler

Dermatofitler zaman içerisinde diğer birçok mikroorganizmaya dirençli olan **keratin** proteini üzerinde yaşamak üzere evrimleşmişler

Bu nedenle mantar daha çok keratinin majör yapı proteini olduğu deri, saç ve tırnaklara yerleşir

En sık görülen dermatofit enfeksiyonları:

1. Tinea capitis
2. Tinea pedis
3. Tinea corporis
4. Tinea cruris
5. Tinea barbea
6. Tinea unguium

# Dermatofitler

Genellikle sadece epidermisi içeren yüzeysel enfeksiyon yapmakla birlikte bazı hastalarda saç follikülleri ve dermisi de içine alan enfeksiyonlar yapabilirler →

**Majocchi granülomu**



# Dermatofitler

Tanı:

Direkt inceleme (Nativ preperat)

- Lezyon kenarından kazıntı örneği
- % 15-20 KOH
- Hif ve sporlar

Mantar kültürü

- Sabaraund glikozlu jeloz (Üç haftada kolonizasyon )

# Dermatofitler

## 1. Tinea capitis

Etken :  
trichophyton/mikrosporom  
türleri

Sıklıkla çocuklarda

Erişkin → immüsupresyon ?

İncelmiş, kırılmış saçlar +  
eritemli saçlı deri

İnsandan insana **bulaş kolay**

Hijyen koşulları iyi olmayan  
ortamlarda, **kalabalık yerlerde**  
(okullarda) salgın yapabilir

Tarak, yastık kılıfı ve benzeri **diğer**  
**cansız objelerle** de bulaşabilir



# Dermatofitler

## 1. Tinea capitis

### Tinea capitis enfeksiyonları:

- Tinea capitis superficialis: 3-8 y, E, 6 cm, yuvarlak-oval, **mutiple**, bölgesel alopesi +
- Tinea capitis profunda: 15-20cm, deriden kabarık, **ağrı**, püstül, akıntı, alerjik reaksiyon +, **skar** oluşumu
- Tinea capitis favosa: (Tricophyton schoenleinii ) **sarı-yeşil**, atrofi, cılız **gri-beyaz** saç, **kötü koku**



# Dermatofitler

## 1. Tinea capitis

### Tedavi:

- Sistemik tedavi:
  - İlk tercih → griseofulvin
  - Ek olarak verilen terbinafin, itrakonazol veya flukonazol tedavi süresini kısaltma
- Lokal tedavi:
  - Topikal Antimikotikler
  - Kurutucu/Antibakteriyel





# Dermatofitler

## 1. Tinea capitis

### Tedavi:

- **Griseofulvin:** (daha çok mikrosporom türleri için)  
500mg hap / 125mg/5ml süsp.  
20-25 mg/kg/gün 6-12 hafta
- Terbinafin:<sup>x</sup> (trichopyhton türleri/daha kısa süreli tedavi)  
250mg hap  
<20 kg → 62,5 mg/g  
20-40 kg → 125 mg/g 1x1 2-4hf  
>40 kg → 250 mg/g
- Itrakanzol:<sup>x</sup> 100mg hap / 10mg/ml süsp.  
3-5 mg/kg/gün 1x1 4-6 hafta
- Flukonazol:<sup>x</sup> 200mg hap / 200mg/5ml süsp.  
8 mg/kg/hafta 8 hafta

*Erişkinlerde aynı ilaçlar, aynı süre, doz farklı*

# Dermatofitler

## 1. Tinea capitis

- Topikal tedavi çoğunlukla faydasız
- Mikrosporum türü etkense enfeksiyon kaynağı olarak hayvanlar?
- Asemptomatik taşıyıcılar için kültür alınmalı, gerekirse selenyum sülfid içeren şampuanlar ve oral tedavi verilmeli
- Ketakonazol tedavisi önerilmez

# Dermatofitler

## 2. Tinea pedis

En sık görülen dermatofit  
En sık hiperkeratotik tip  
En sık etken T. rubrum  
En sık erkeklerde

- Yavaş başlayan, kaşıntılı, eritematöz veziküler lezyon
- Çoğunlukla 3-4 parmaklar arasında
- Ayakların nemli kalması en önemli etken
- Baş parmak çevresinde fissür oluşumuna neden olabilir
- İnflamasyon eklenirse yanma, interdigital alanlarda batma



# Dermatofitler

## 2. Tinea pedis

**Dishidrotik tip id reaksiyonunu** tetikleyebilir (el içi ayak tabanlarında küçük kaşıntılı veziküller)

Sekonder enfeksiyon durumunda **sellülit** ve **lenfanjite** kadar ilerleyebilir

Sonunda ülseratif lezyonlar yayılarak **püstül** ve **erozyonlar**

Daha çok diabetlilerde

Geniş deri yüzeylerinin kaybı



# Dermatofitler

## 2. Tinea pedis

Ayırıcı tanı:

- İnterdijital eritrazma → wood ışığında parlak kırmızı
- Psöriazis → tırnak değişiklikleri
- Kontakt dermatit → dorsal yüzleri de içerir



# Dermatofitler

## 2. Tinea pedis

Ayrıca ayak tabanlarında **mokasen ayak** görünümü yapan **hiperkeratizasyon**a sebep olabilir ve bu da **fissür** oluşumuna sebep olarak sellülite ilerleyebilecek **sekonder enfeksiyon**lara yol açabilir



# Dermatofitler

## 2. Tinea pedis

### Tedavi:

- Topikal tedavi:
  - Noninflamatuvar form: %1 krem 1x1 4-6 hf
    - isokonazol,tiokonazol,ekonazol,ketakonazol,bikonazol
    - Sülfürtiokarbamat (tolnaftat,tolsiklat)
    - ciclopirox içeren tırnak cilası
  - Sekonder enf. varlığında: potasyum permanganat içeren kompresler, antibiyotikler (tetrasiklin/makrolid)
- Sistemik tedavi: terbinafin, itrakonazol, flukonazol, ketoakonazol, griseofulvin

*Antifungal pudralar*



# Dermatofitler

## 3. Tinea corporis

en sık etken : Trichophyton  
rubrum

(Kedi besleyen kişilerde:  
microsporum)

Kaşıntılı, yuvarlak-oval,  
kenarları kırmızı ortası soluk

Hastaların diğer mantar enfeksiyonları açısından kasık ve ayakları muayene edilmeli

Tinea capitis enfeksiyonu olan çocukla ilgilenen yetişkinde

Cilt teması olan sporlarda (güreş)

Beklenenden şiddetli enfeksiyon durumunda DM/HIV enfeksiyonu varlığı akla gelmeli ve araştırılmalı

Enfekte hayvandan bulaş ile oluşan enfeksiyonlarda inflamasyon daha şiddetli





# Dermatofitler

## 3. Tinea corporis

Ayırıcı tanı:

- Psöriazis → diz,dirsek,saçlı deri,tırnak
- Lupus
- Sekonder Sfiliz → palmar,plantar,mukoz membran tutulum
- Granuloma annulare → pullanma yok
- Pitriazis versicolor



# Dermatofitler

## 3. Tinea corporis

### Tedavi:

- Lokalize T.corporis topikal tedavi:
  - İmidazol (izokonazol,tiokonazol,ekonazol vb.)
  - Sülfür tiokarbamat (tolsiklat/ciclopirox olamin/terbinafin) %1 lik krem 1-2 x 1 2-4 hafta

# Dermatofitler

## 3. Tinea corporis

### Tedavi (T.corporis / cruris)

#### İlaç

<b>Terbinafin</b>	krem: 1-2x1 2-4 hf %1 solüs: 1-2x1 1 hf oral:250mg/gün 2-4 hf
<b>Itrakonazol</b>	oral:200mg/gün 1 hf
<b>Flukonazol</b>	oral:150-300mg/hf 2-4 hf
<b>Ketakonazol</b>	%2 krem: 1x1 2 hf oral: 200-400mg/gün 4 hf
<b>Griseofulvin</b>	500mg/gün 2-4 hf
<b>Ciclopirox</b>	%77 krem/jel 2x1 4 hf

# Dermatofitler

## 4. Tinea cruris (inguinalis)

Etken: T.rubrum/E.floccosum

Daha sık erkeklerde

Genital bölge, kasıklarda (skrotumu içermez)

Ortası soluk eritematöz lezyonlar

- Obezite ve diabet predispozan
- Üst bacak ve pubik bölgeye yayılım
- Hastanın giyim alışkanlıkları
- **Islak veya dar kıyafetler** oluşumu arttırır
- Çoğu hastada tinea pedis eşlik eder.
- Enfeksiyon kaynağı olan ayak tedavi edilmelidir



# Dermatofitler

## 4. Tinea cruris

Ayırıcı tanı:

- Candidiazis: parlak kırmızı, çerçeve şeklinde papül, püstül
- Seboreik dermatit: yüz, aksilla, sternumu da içerir
- İntertrigo: daha kırmızı, obezite
- Psöriazis: plaklar
- Eritrazma: Wood ışığında kırmızı



# Dermatofitler

## 5. Tinea barbea

Daha **çok hayvanlarla uğraşan erkek hastalarda**

Yüzdeki tüylerin tıraş edilmesi, sıcak kompreslerle kalıntıların uzaklaştırılması

Topikal antifungal kullanılmaz

**Oral antifungal**

Terbinafin 250mg/gün

Flukonazol 150mg/hf      2-4 hafta

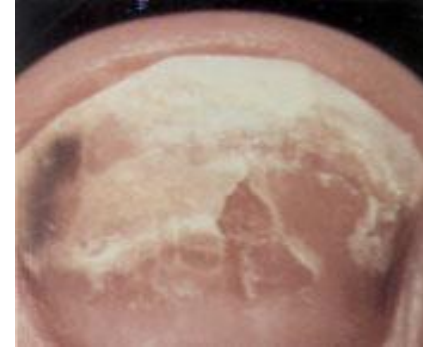
Itrakonazol 100mg/gün



# Dermatofitler

## 6. Tinea unguium (onikomikoz)

- T.Pedis ile birlikte (1/3)
- Zamanla tırnak kalınlaşıp ağrı vermeye başladıkça ayakkabı, terlik giymede ve **hareket etmede zorluk** oluşur
  - ↳ Bu da zamanla başka sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olabilir



# Onikoliz

İlk belirti → tırnağın kalınlaşıp tırnak yatağından ayrılması

En sık etken : T.rubrum

**Onikoliz**





# Onikogrifoz

Yaşlı hastalarda

Genelde **kronik travma** sonucu oluşan tırnakta kalınlaşma ve distorsiyon



# Tinea incognita

Nonspesifik lezyonlar için kullanılır

Tinea pedis, corporis, cruris enfeksiyonlarının uygunsuz kortikosteroid kullanımı nedeniyle modifiye olmuş bir çeşit prezentasyonu



## İd reaksiyonu (dermatofitid)

- Dermatofit enfeksiyonu varlığında gelişebilen bir reaksiyon
- **Geç tip hipersensitivite** reaksiyonu
- Mantarların kendisi veya parçalanma ürünlerinin antijenik özelliğine karşı
- Kaşıntılı papüloveziküler lezyonlar, sıklıkla ellerde
- Asıl enfeksiyon bölgesinden **uzakta**
- Antifungal terapinin yan etkisi sanılabilir
- Tedavi: topikal kortikosteroidler ve antipruritikler



## Hastalar için genel tavsiyeler

- Enfekte bölgeyi **temiz** ve kuru tutun
- Günde **en az bir defa yıkayın**
- Özellikle **başparmak** çevresini ve deri katlantı bölgeleri iyice kurulayın
- Çorap ve ayakkabı giymeden önce **ayaklarınızın tamamen kuru** olduğundan emin olun



# Hastalar için genel tavsiyeler

- Pamuklu çoraplar kullanın
- Çorabınızı günlük olarak değiştirin
- Sentetik materyalden yapılmış ayakkabı, bot vb. kullanmamaya çalışın, deri tercih edin
- Mümkünse her gün farklı ayakkabı giymeye çalışın (diğerinin içi iyice kurusun)



# Hastalar için genel tavsiyeler

- **Antifungal pudralar**la ayağınızı ve ayakkabınızın iini pudralayın
- Ayağınızı **havalandırın**
- Toplu kullanılan havuz gibi yerlerde **terlik** kullanın



# Hastalar için genel tavsiyeler

- Kişiyeye özel havlu kullanın
- Duş, banyo ve buralarda kullanılan paspasları dezenfektanlarla yıkayın
- Çorap, havlu, banyo paspası ve benzeri materyalleri en az 60 °c' de yıkayın
- Çıplak ayakla gezilen yerleri düzenli olarak temizleyin



# Hastalar için genel tavsiyeler

Tinea capitis için:

- Kaşıma engellenmeli
- Küçük çocuklarda gerekiyorsa gece başlık takılmalı
- Tırnaklar kısa kesilmeli
- Evdeki evcil hayvandan şüpheleniliyorsa veterinerlere götürülmeli





# Candidalar

Fırsatçı patojen

Günümüzde insidansı giderek artmakta;

- İmmunsupresif hastalar
- Geniş spektrumlu antibiyotik, sitotoksik ilaçlar, kortikosteroid kullananlar
- Hamilelik
- Obezite
- Kişisel bakım azlığı
- Kombine oral kontraseptifler

Bunun dışında ellerin devamlı sıcak, nemli ve ıslak olması da candida enfeksiyonlarını tetikleyebilir



# Candidalar

## Candidal intertrigo

Nemli deri yüzeylerini birbirine sürtündüğü  
**axiller, inguinal, meme altı ve avuç içi** katlantı  
bölgelerinde

Ağrı, rahatsızlık hissi



# Candidalar

## Candidal intertrigo

Bebeklerde genital ve perianal yerleşimli intertrigo « →  
**yalancı bez dermatiti**''

Perianal bölgeden başlayıp yayılan bu tablo; kıvrım yerlerinin tutulmuş olması, satellit yayılım göstermesi ve nativ preparatta etkenin görülmesiyle "gerçek bez dermatitinden kolayca ayrılır



# Candidalar

## Oral candidiazis

- İnfantlarda
- ✦ Takma diş kullananlar dışında erişkinlerde görülmesi ileri tetkik gerektirir



# Candidalar

## Genital candidiazis

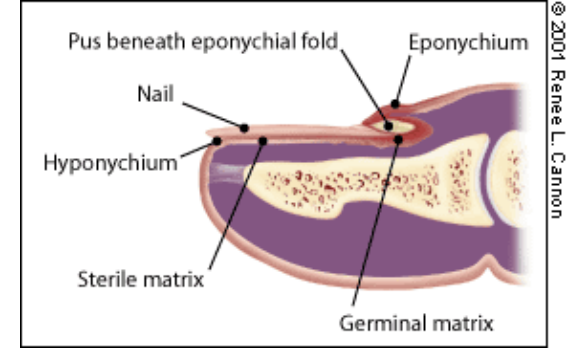
- Kadın → vulvovajinal **kaşıntı, ağrı, disparoni, beyaz renkli akıntı**
- Ciddi enfeksiyonlarda perine ve kasıklara kadar ilerleyen döküntü, fissürasyon ve soyulma
- Erkek → penis üzerinde kırmızı yama şeklinde (**daha hafif / asemptomatik**)
- Trichomonas veya bakteriyel vajinozis eşlik edebilir.
- Çiftlerin birlikte tedavisi rekürrensi azaltır



# Candidalar

## Ungal/periungal candidiazis (Paronişi)

- Tırnak kenarı veya yatağında oluşan enfeksiyon
- Ellerin devamlı suyla teması nedeniyle
- Bölge ağrılı, şiş aralıklı olarak pü sızar
- Tırnak deformasyonuna neden olabilir



# Candidalar

## Tedavi

### Topikal:

- Orofaringeal:
  - Kristal viyole 1/10000solüs.
  - %10 alkol
  - 1/3000-1/5000 potasyum permanganat solüs.
  - Nistatin / bikarbonat gargara
- Genital:
  - Nistatin
  - İmidazol vajinal krem/ovül

### Sistemik:

Itrakonazol,flukonazol,ketokanazol,griseofulvin

**Rekürren** enfeksiyonlarda **amfoterisin B** kullanımı önerilmekte

# Candidalar

Candidiazis tedavisine yaklařım:

Genital candidiazisi olan kadınlarda lokal kremlerin dışında verilen genital ovullerin **tek doz** olması **tedavi uyumluluğu**nu arttırmakta

**Tekrarlayan enfeksiyonlarda partner tedavisi** de yapılmalı

Bazı çalışmalarda tekrarlayan enfeksiyonların klinik depresyonla ilişkili olabildiği gösterilmiş





# Candidalar

## Hastalar için genel tavsiyeler

- Enfekte alan **kuru** tutulmalı
- Tedavi sırasında naylon yapılı, dar iç çamaşırları yerine **pamuklu** olanlar kullanılmalı
- İç çamaşırları **yüksek ısıda yıkanmalı**
- Dar giysilerden kaçınılmalı
- **Nötr ph**'ya sahip ürünlerle genital temizlik yapılmalı, özellikle vajen su ile yıkanmamalı
- İntertriginöz tipte sürtünmeyi engellemek için gazlı bez kullanımı ve bölgenin sık sık havalandırılması ( + topikal steroid )

# Pitriazis versicolor

## Tinea (pitriazis) versicolor

Eichstedt 1846

Rekürren, kronik, süperfisyal

M.furfur, M.globosa, M.symptodialis

En sık (candidal olmayan) maya enfeksiyonu

Üst gövdede asemptomatik/ az kaşıntılı döküntü

Genç erişkinlerde sık

Koyu tenlilerde açık renkli lezyon

*(mayanın ürettiği dikarboksilik asitin tirozin kinazı inhibe etmesi nedeniyle hipopigmentasyon)*



# Pitriazis versicolor

Hastalar vitiligo ile karıştırdıkları için sık gelirler

**Bulaşıcı olmadığı** hastaya anlatılmalı

Doğru tedaviyle **pigmentasyon tamamen normale döner**

Ancak bunu zaman alacağı hastaya açıklanmalı

**Rekürrens** sık

# Pitriazis versicolor

Ayırıcı tanı:

- Vitiligo → total depigmentasyon
- Seboreik dermatit → pembe – kırmızı – kahverengi lezyonlar



# Pitriazis versicolor

## Tedavi:

**Topikal:** Selenyum sülfat losyonlar (%2,5 – 5)

2x1 10 dk 2-4 hafta

Ketokonazol şampuan (%1 – 2)

Azol/alilamin grubu içeren krem ve losyonlar, su içinde %50 propilen çözeltisi, nistatin, salisilik asit

## Sistemik:

İlaç	Doz	Süre
Ketokonazol	200mg/gün	10 gün
Flukonazol	150mg/hafta	3 hafta
Itrakonazol	200mg/gün	7 gün

# Sonuç

- Mantar enfeksiyonları 1. basamakta en sık karşılaştığımız hastalıklardan
- Geç tanı
- Rekürrens oranı yüksek
- Komorbiditesi olan hastalarda ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilmekte

Medikal tedavi kadar genel öneriler de önemli

*Bilgi Almak için:*

SMS olarak  
"TIRNAK MANTARI" yaz  
0 541 771 0 333'e gönder

*Sizi Biz arayalım ücretsiz bilgi verelim*



GİTMEDİĞİMİZ DOKTOR KALMADI...  
SON ÜMİDİMİZ SİZSİNİZ...

ABİ VALLA İLK ŞANA  
GELİCEKTİK...

OH, BENDEN ÖNCE Bİ SÜRÜ  
DOKTORA GİT... EN SON BANA  
GEL...

GİDİN BURDAN DİNLEMELİK  
İSTEMİYORUM! GİDİN!..  
ÜHÜ  
ÜHÜ!







Teşekkürler...

# Kaynaklar

- Rake! Textbook of Family Medicine Eight Edition Robert E. Rake!, MD Professor Department of Family and Community Medicine Baylor College of Medicine Houston, Texas David P. Rake!, MD Associate Professor Department of Family Medicine University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Madison, Wisconsin
- Rake! Textbook of Family Medicine Seventh Edition Robert E. Rake!, MD Professor Department of Family and Community Medicine Baylor College of Medicine Houston, Texas David P. Rake!, MD Associate Professor Department of Family Medicine University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Madison, Wisconsin
- Diagnosis and Management of Common Tinea Infections SARA L. NOBLE, PHARM.D., and ROBERT C. FORBES, M.D., University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi PAMELA L. STAMM, PHARM.D, Auburn University School of Pharmacy, Auburn, Alabama Am Fam Physician. 1998 Jul 1;58(1):163-174.
- Diagnosis, prevention and treatment of fungal infections NS589 Gould D (2011) Diagnosis, prevention and treatment of fungal infections. Nursing Standard. 25, 33, 38-47. Date of acceptance: February 17 2011.
- Fungal Skin Infections. Judith Stevens M.Ed. With thanks to Dr. Sharon Witemeyer, and Araceli Domingo for contributing resource information.
- Management of common fungal infections in primary care Parker J (2009) Management of common fungal infections in primary care. Nursing Standard. 23, 43, 42-46. Date of acceptance: May 19 2009.
- FUNGAL INFECTIONS IN DIABETES MELLITUS Santhosh YL\*, Ramanath KV, Naveen MR Department of Clinical Pharmacy, AIMS, B.G. Nagra, Karnataka, India
- Dermatophyte Infections BARRY L. HAINER, M.D., Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina Am Fam Physician. 2003 Jan 1;67(1):101-109.
- Nail Fungal Infections Overview Treating Onychomycosis by P Rodgers, M.D. and M Bassler, M.D. (American Family Physician February 15, 2001
- Treatment of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis ERIKA N. RINGDAHL, M.D., University of Missouri–Columbia School of Medicine, Columbia, Missouri Am Fam Physician. 2000 Jun 1;61(11):3306-3312
- *An Bras Dermatol.* 2013;88(5):764-74, Dias MFRG, Quaresma-Santos MVP, Bernardes-Filho F, Amorim AGF, Schechtman RC, Azulay DR