

# Micoses superficiais na Paraíba: análise comparativa e revisão literária

## Superficial mycoses in Paraíba: a comparative analysis and bibliographical revision

Guilherme de Medeiros Lins de Araújo<sup>1</sup>  
Rodrigo Pessoa de Farias<sup>3</sup>  
Maria do Livramento Ferreira Lima<sup>5</sup>

Nilberto Dias de Araújo<sup>2</sup>  
Francinete Carla Nunes Cavalcanti<sup>4</sup>  
Ricardo Antonio Faustino da Silva Braz<sup>6</sup>

**Resumo:** A partir de fichas individuais, fizemos um levantamento da incidência de casos de micose superficial, diagnosticadas sob o ponto de vista clínico em quatro Unidades de Saúde da Família de Patos-PB, no ano de 2007. Tivemos uma amostra de 197 notificações positivas, onde as mais incidentes foram: Pityriase e Tinea, sendo a maior prevalência na faixa etária de 11 a 20 anos e o sexo feminino, o mais acometido. Um número elevado de infecções não identificadas foi encontrado: 46,19%, no entanto, a identificação destes agentes torna-se inacessível, por não serem infecções de notificação obrigatória.

**Palavras-chave:** Incidência; Micoses; Pityriase; Tinha

**Abstract:** A survey of the incidence of clinically diagnosed cases of superficial mycosis was carried out using individual report cards in four Family Health units in Patos-PB, in 2007. We had a sample of 197 positive records with Pityriasis and Tinea as the most incident mycoses. There was a higher prevalence among female patients who were between 11 - 20 years of age. A high number of non-identified infections was found: 46,19%. The identification of the agents of such non-identified infections is not possible as they are not infections of compulsory notification.

**Keywords:** Incidence, Mycoses, Pityriasis, Tinea

O Brasil é um dos países que possui altos índices de infecções causadas por fungos, principalmente, as micoses superficiais, tal fato ocorre pelo clima tropical, por isso, este e outros fatores são determinantes para o aparecimento de microepidemias.<sup>1,2</sup> As micoses superficiais desenvolvem alterações, apenas na camada mais superficial do estrato córneo, e não induz, na maioria das vezes, a qualquer resposta inflamatória no hospedeiro. Os fungos que causam estas infecções dão preferência à parte mais externa da pele, ao redor dos pelos ou das unhas, nutrindo-se de uma proteína chamada queratina.

O principal mecanismo de defesa contra fungos é desenvolvido pelos fagócitos. Algumas doenças facilitam o desenvolvimento de um quadro clínico de micose, por deficiência de seu sistema imunológico, como: diabetes, HIV e depressão, assim como a utilização de alguns fármacos imunossupressores e antibióticos.<sup>1,3,4</sup> As principais micoses superficiais no homem são: Piedra negra (*Piedraea hortae*), Piedra branca (*Trichosporon* sp.), Pityriase versicolor (*Malassezia* sp.) e Tinea nigra (*Phaeoannellomyces werneckii*).

Recebido em 19.06.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 31.07.2009.

\* Trabalho realizado na cidade de Patos (PB), por meio da coleta de dados em quatro Unidades de Saúde da Família: Aderban Martins, Dirce Xavie, Horácio Nóbrega e Rita Palmeira – João Pessoa (PB), Brasil

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

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

<sup>1</sup> Autor responsável pelo resumo. Acadêmico do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>3</sup> Acadêmico do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>4</sup> Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>5</sup> Professora Doutora das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>6</sup> Professor Mestre das Faculdades Integradas de Patos (FIP) – João Pessoa (PB), Brasil.

Particularmente, na região nordeste, as dermatoses são mais incidentes nas regiões litorâneas, representadas pelas dermatofitoses e Pitiríase versicolor (PV), sendo um aspecto próprio destas pela sua elevada umidade e calor. Na Paraíba, as pesquisas são insuficientes, embora se saiba que no estado há fatores que contribuem para o desenvolvimento destes microrganismos.<sup>5</sup>

Estas infecções não constituem doenças de notificação obrigatória, assim não se tem ideia exata da extensão do problema. Tal fato, mostra a necessidade de realização periódica de levantamentos da frequência das micoses e de seus agentes etiológicos, em função dos fatores socioeconômicos, geográficos e climáticos, como medida de prevenção epidemiológica.<sup>1,4</sup>

#### Piedra negra (*Piedraia hortae*)

É uma infecção assintomática e pouco frequente, causada por fungos, confinado aos tópicos, como: barba, bigode, cabelos e dificilmente nas axilas. Ela é caracterizada por nódulos densos e negros, presos ao corpo do cabelo, de tamanhos variável e geralmente visíveis a olho nu.<sup>1</sup>

#### Piedra branca (*Trichosporon sp*)

A Piedra branca é causada pelo fungo do gênero *Trichosporon*, caracterizada pela presença de nódulos claros, pouco aderentes ao pelo, localizados, principalmente, nos pelos escrotais e pubianos, contudo, raramente nos pelos da barba, bigode, axila e cabelos.<sup>6</sup>

#### Pitiríase versicolor (*Malassezia sp.*)

As espécies desse gênero parecem fazer parte

da microbiota normal da pele, na sua fase leveduriforme, e por mecanismos ainda desconhecidos, passariam a forma filamentosa tornando-se patogênicos.<sup>1,6</sup> Clinicamente, a PV caracteriza-se por máculas ou placas numulares ou gutatas, amareladas, acinzentadas ou hipocrômicas, comprometendo, principalmente, ombros e a parte superior do tronco de adultos jovens (tórax, abdômen, pescoço, não sendo habitual nas axilas, virilhas e coxas) que transpiram acentuadamente.<sup>7</sup>

#### Onicomicoses

Tendo como principais agentes etiológicos a *Candida spp.* e o *Trichophyton rubrum*, a onicomicose é uma infecção fúngica ungueal que pode ser causada por dermatófitos, leveduras ou fungos filamentosos não dermatófitos que acomete as unhas das mãos e dos pés.<sup>8</sup>

#### Dermatofitose

Os dermatófitos constituem o grupo de fungos mais frequentemente isolados em laboratórios de micologia,<sup>9</sup> Em vida parasitária, têm a capacidade de invadir tecidos queratinizados de humanos e outros animais, causando infecções denominadas dermatofitoses. As dermatofitoses, cujos agentes etiológicos pertencem aos gêneros *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*, constituem um dos grupos de infecções fúngicas mais frequentes na prática dermatológica.

Realizou-se um estudo exploratório, com delineamento qualitativo e quantitativo, envolvendo indivíduos atendidos em Unidades de Saúde da Família (Aderban Martins, Dircê Xavie, Horácio Nóbrega e

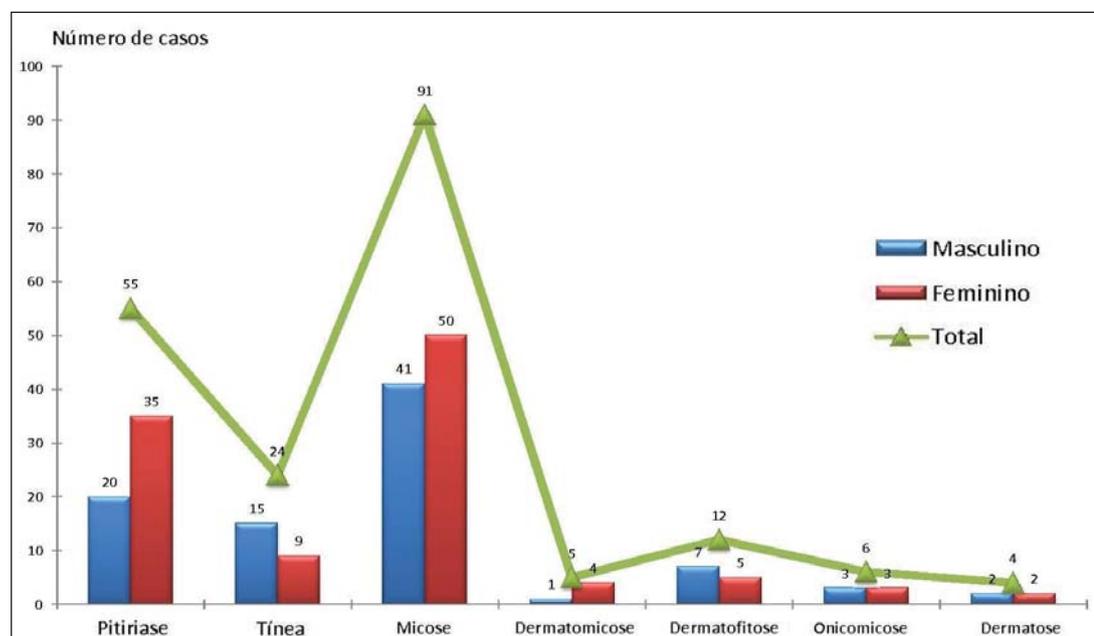


GRÁFICO 1: Incidência das micoses superficiais em relação ao sexo.

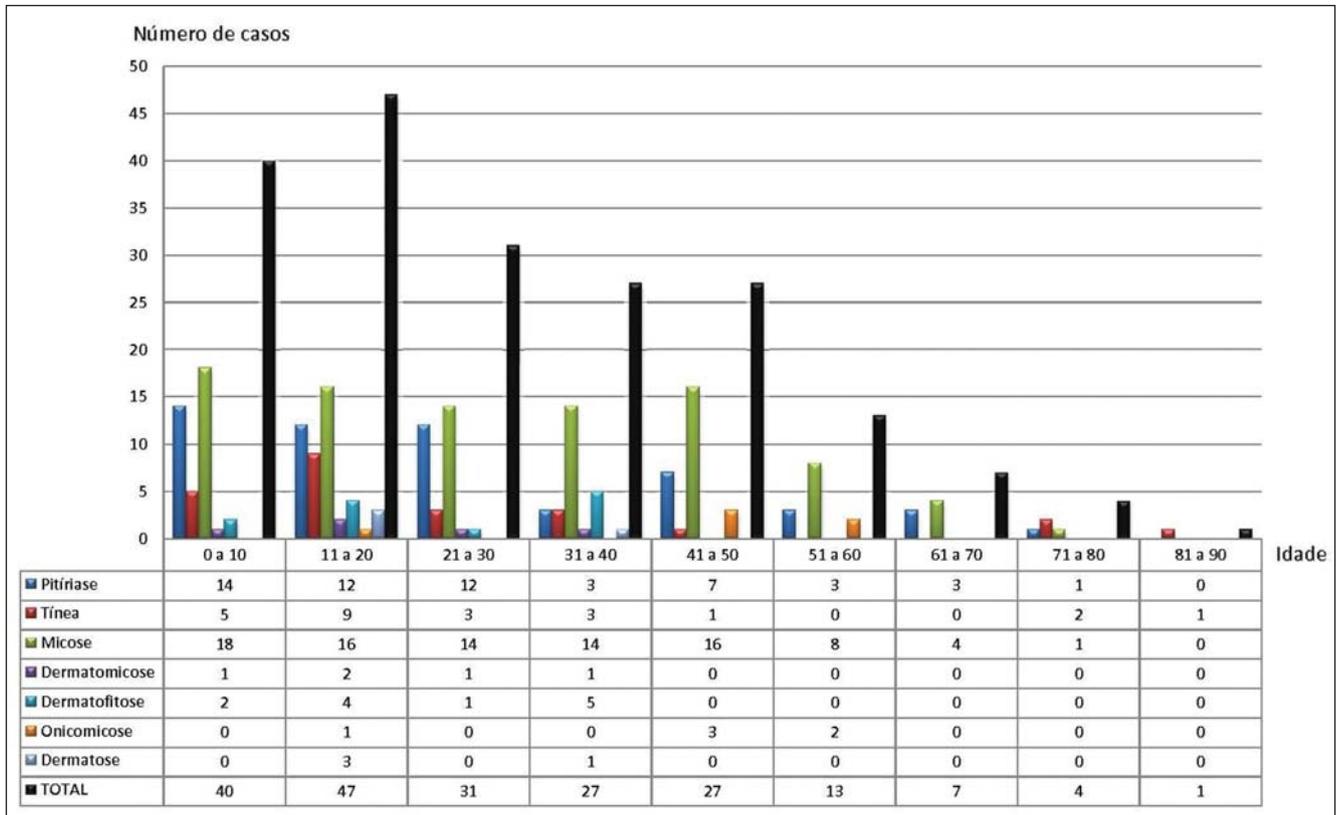


GRÁFICO 2: Micoses superficiais em diferentes faixas etárias

Rita Palmeira) do município de Patos-PB, no período de janeiro a dezembro de 2007 e com diagnóstico comprovado de micose superficial, baseado, exclusivamente, no exame clínico feito pelos profissionais da saúde de cada unidade de saúde pesquisada.

Nossa amostra foi composta por 197 indivíduos; destes, 45,18% (89 casos) eram do sexo masculino e 54,82% (108 casos), do feminino, sendo este o gênero mais acometido, na maioria das micoses pesquisadas, e corroborando com estudos posteriores.<sup>4,9</sup>

Chama a atenção de haver maior número de diagnósticos positivos para Pitiríase 27,92% (55 casos), sendo destes, 63,64% (35 casos) são do sexo feminino e 36,36% (20 casos), do masculino. Já para Tínea, houve o total de 12,18% (24 casos), 62,50% (15 casos) para o sexo masculino e 37,50% (9 casos) para o feminino (Gráfico 1), novamente está de acordo com trabalhos anteriores.<sup>10</sup> A idade variou desde os primeiros meses de vida até os 83 anos, nota-se que as micoses ocorreram entre a faixa etária

de 11 a 20 anos 23,86% (47 casos) e entre 0 a 10 20,30% (40 casos), somados são quase a metade das ocorrências 44,16% (87 casos), o que mostra uma susceptibilidade das crianças e jovens ao contágio (Gráfico 2) e, de forma mais isolada, observou-se a incidência maior para Pitiríase nos homens de 0 a 10 anos (Gráfico 2). Quanto às micoses que não foram comparadas por gênero, as dermatofitoses demonstraram a maior prevalência neste grupo 6,09% (12 casos), seguida pelas onicomicoses 3,05% (6 casos), dermatomicose 2,54% (5 casos) e por último, as dermatoses, 2,03% (4 casos). Deste grupo, as infecções que foram identificadas apenas como micose 46,19% (91 casos), não possuindo qualquer informação em relação ao gênero ou espécie, o que nos mostra que um diagnóstico laboratorial seria indicado nesses casos, para que se comprovasse a espécie de micose com a qual estamos lidando e, assim, fazer o uso de fármacos específicos para determinada micose como afirma a literatura.<sup>1</sup> □

## REFERÊNCIAS

1. Somenzi CC, Ribeiro TS, Menezes A. Características Particulares da Micologia Clínica e o Diagnóstico Laboratorial de Micoses Superficiais. *NewsLab*. 2006;77:106-18.
2. Almeida MM, Moraes MAP. Micoses superficiais e profundas na Amazônia. Instituto Evandro Chagas. In: Fundação Serviços de Saúde Pública. Instituto Evandro Chagas: 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical. Ministério da Saúde, Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública; 1986. p.787-91.
3. Zampranha VC, Oliveira IP, Monteiro MSR, Souza H, Santos KJG, Araújo AA. Isolamento e identificação de dermatófitos de animais presentes no campus II da Universidade Católica de Goiás. *Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos*. 2005;1:22-36.
4. Oliveira JAA, Barros JA, Cortez ACA, Oliveira JSRL. Micoses Superficiais na Cidade de Manaus / AM, entre Marco e Novembro/2003. *An Bras Dermatol*. 2006;81:238-43.
5. Lima EO, Pontes ZBVS, Oliveira NMC, Carvalho MFFP, Guerra MFL, Santos JP. Frequência de dermatofitoses em João Pessoa – Paraíba – Brasil. *An Bras Dermatol*. 1999;74:127-32.
6. Trabelsi RL, Alterthum F. *Microbiologia*. 4 ed. - São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 473-4.
7. Arnold HL, Odom RB, James WD. *Andrews'disases of the skin: clinical dermatology. Diseases due to fungi and yeasts*. 8 ed. Philadelphia: Ed. W.B. Saunders Company; 1990. p.15:347.
8. Souza EAF, Almeida LMM, Guilhermetti E, Mota VA, Rossi RM, Svidzinski TIE. Frequência de onicomicoses por leveduras em Maringá, Paraná, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2007;82:151-6.
9. Araújo AJG, Bastos OMP, Souza MAJ, Oliveira JC. Ocorrência de onicomicose em pacientes atendidos em consultórios dermatológicos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2003;78:299-308.
10. Marques AS, Camargo RMP, Fares AHG, Takashi RM, Stolf HO. Tinea capitis: epidemiologia e ecologia dos casos observados entre 1983 e 2003 na Faculdade de Medicina de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2005;80:597-602.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

*Guilherme de Medeiros Lins de Araújo*  
*Rua Venâncio Neiva, N 335, Bairro Brasília*  
*58700 320 Patos (PB) - Brasil*  
*Tel.: 83 8804 2589*  
*E-mail: guiammm@gmail.com*

Como citar este artigo/*How to cite this article*: De Araújo GML, De Araújo ND, De Farias RP, Cavalcanti FCN, Lima MLE, Braz RAF. Micoses superficiais na Paraíba: análise comparativa e revisão literária. *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):943-6.