

Tinea capitis em adulto por *Trichophyton violaceum* no Brasil: relato de um caso e revisão da literatura^{*}

Tinea capitis in adult caused by Trichophyton violaceum in Brazil: report of case and review of literature^{}*

Gustavo da Silva Rodrigues¹
Eduardo Figueiredo Pereira³

Flávio de Mattos Oliveira²
Rosana Ce Bella Cruz⁴

Resumo: *Tinea capitis*, tinha do couro cabeludo, é dermatofitose causada por fungos dos gêneros *Trichophyton* e *Microsporum*. Apresenta várias formas clínicas e é quase exclusiva de crianças. Raramente acomete adulto. Relata-se um caso de *tinea capitis* por *T. violaceum* em mulher com 65 anos de idade e comentam-se os aspectos nosográficos dessa dermatofitose no Brasil.

Palavras-chave: Adulto; Dermatofitoses; *Microsporum*; Tinha do couro cabeludo; *Trichophyton*; *Trichophyton violaceum*

Abstract: *Tinea capitis*, a scalp ringworm, is a dermatophytosis caused by fungus of the gender *Trichophyton* and *Microsporum*. It presents various clinical forms and is almost exclusive of children. It rarely affects an adult. A case of *tinea capitis* is reported in a 65-year-old woman and the nosographic aspects on this dermatophytosis in Brazil are commented.

Keywords: Adult; Dermatophytosis; *Microsporum*; *Tinea capitis*; *Trichophyton*; *Trichophyton violaceum*

INTRODUÇÃO

Tinea capitis é a infecção do talo do pêlo do couro cabeludo por um fungo dermatófito dos gêneros *Trichophyton* ou *Microsporum*.¹ Os artroconídios só podem crescer dentro do talo do pêlo sem destruir a cutícula (*endothrix*, própria do *Trichophyton*) ou alterá-la, produzindo uma bainha externa de conídio ectothrix (própria do *Microsporum*, mas também de algumas espécies do *Trichophyton*).

Esses dermatófitos podem ser classificados de acordo com sua distribuição ecológica em: geofílicos, zoofílicos e antropofílicos. Essa especificidade determina variações na expressividade clínica das lesões que produzem: espécies zoofílicas produzem intensa reação inflamatória de evolução curta; espécies antropofílicas provocam uma moderada resposta inflamatória com maior tempo de evolução.^{1,2}

Recebido em 06.11.2007.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 21.10.2008.

^{*} Trabalho realizado no Laboratório de Micologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Mestrando em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS); Laboratório de Análises Clínicas SANI – Passo Fundo (RS), Brasil.

² Doutor em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Laboratório de Micologia, Santa Casa – Complexo Hospitalar – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; Médico Dermatológica, Universidade do Vale do Itajaí (Univali – Itajaí) – Santa Catarina (SC), Brasil.

⁴ Núcleo de Investigação Químico-Farmacêutica (Niqfar), Universidade do Vale do Itajaí (Univali) – Itajaí (SC), Brasil.

No Brasil, *T. tonsurans* e *M. canis* são os principais agentes de tinea do couro cabeludo.³ As crianças pré-púberes representam o grupo demográfico mais acometido por essa micose.⁴ Entretanto, adultos e idosos podem ser ocasionalmente infectados.^{2,4,6}

Relata-se um caso de *Tinea capitis* por *T. violaceum* em mulher com 65 anos de idade residente na cidade de Balneário Camboriú, Santa Catarina (SC). Comentam-se as manifestações clínicas, avaliação micológica, tratamento utilizado e o desfecho clínico, bem como a epidemiologia dessa infecção no Brasil.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 65 anos, branca, natural e residente em Balneário Camboriú, SC, Brasil. Procurou o médico devido à queda de cabelos e a várias placas de alopecia há seis meses. Apresentava prurido eventual nos locais atingidos. Estava em uso de solução capilar composta de betametasona 0,05%/ml e ácido salicílico 2%/ml, sem melhora. A paciente não apresentava outras doenças prévias nem uso de medicações, mas relatou que a sintomatologia iniciou após o uso de um capacete motociclístico, cujo interior apresentava-se úmido e com odor fétido. Ao exame físico observaram-se três placas de alopecia com pontos negros (Figura 1), reação inflamatória moderada dos locais atingidos no couro cabeludo com algumas pápulas: a primeira placa na região frontal, a segunda na região occipital, e a terceira na região próxima ao vértice do crânio. Não apresentou fluorescência ao exame com a lâmpada de Wood. A



FIGURA 1: Zona de alopecia, com pontos negros no couro cabeludo

paciente foi encaminhada para exame micológico.

Foram colhidos pêlos da superfície do couro cabeludo, sendo que uma parte do material foi utilizada para exame micológico direto com hidróxido de potássio a 30%, tendo-se verificado a presença de arthroconídios no interior do pêlo, caracterizando parasitismo com invasão do tipo *endotrix*, e outra parte dos pêlos foi semeada em ágar Sabouraud com cloranfenicol e ciclo-hexamide (Mycosel[®]) e incubado à temperatura de 25°C.

Observou-se o crescimento lento de colônias pequenas, glabras, de tonalidade creme e endurecidas nos pontos em que foi semeado o pêlo. Após 21 dias, na frente e no verso, surgiu pigmento violeta nas colônias (Figura 2A).

O exame microscópico da colônia evidenciou hifas tortuosas septadas, ramificadas e sem produção de conídios. O microcultivo do isolado preparado em ágar batata dextrose foi de crescimento mais exuberante. Microscopicamente, evidenciaram-se clamidioconídios intercalares e terminais com ausência de macro e microconídios (Figura 2B). O isolado foi identificado como *T. violaceum* por critérios macro e micromorfológico, bem como bioquímico, mediante a positividade na prova da hidrólise da uréia.

O tratamento prescrito na ocasião foi terbinafina 250mg/dia, via oral, por 30 dias. As outras medidas terapêuticas foram oxiconazol em solução tópica a 1% e xampu de cetoconazol a 2%, ambos uma vez ao dia, durante 56 dias. Após um mês de tratamento, realizou-se nova colheita de amostra tendo sido negativa tanto no exame micológico direto como no cultivo. Foi suspenso o antifúngico

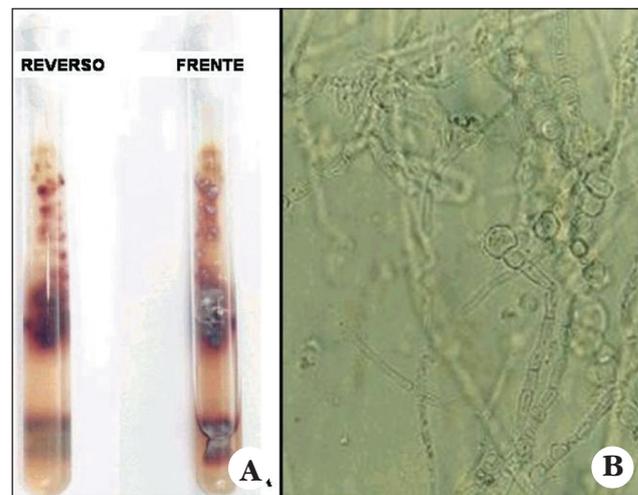


FIGURA 2: Colônias envelhecidas de cor violeta em Mycosel[®]; B – Micromorfologia da colônia: presença de hifas septadas, hialinas, distorcidas e ramificadas; clamidioconídios intercalares e terminais com ausência de macro e microconídios

oral, permanecendo por mais 26 dias a solução tópica e o xampu. Houve regressão completa da lesão e crescimento de pêlos em 60 dias.

DISCUSSÃO

Trichophyton violaceum, dermatófito antropofílico, é agente de tinea capitis, tinea corporis e tinea unguium, sendo considerado endêmico nos países próximos ao mar Mediterrâneo, bem como na Europa, Oriente Médio, norte da África e Ásia;^{4,6} na América do Sul distribuiu-se por áreas restritas.⁷ No Brasil, chegou com os imigrantes italianos, ficando praticamente restrito a São Paulo (SP), onde, em 1941, foi responsável por 49,6% dos casos de tinea.¹ Em 1961, *T. violaceum* foi agente de uma epidemia em orfanato na cidade de São José do Rio Preto, SP, na qual 103 menores internados (86,5%) foram acometidos.¹ Posteriormente, sua incidência em SP diminuiu para 13,5%, em 1967, e 0,5% em 1975.¹ No Rio Grande do Sul (RS), em estudo de 20 anos, Londero e Ramos⁸ isolaram 3.747 dermatófitos, não evidenciando *T. violaceum*. Uma possível explicação é a constante mudança na composição da microbiota dermatofítica patogênica. Em um estudo mais recente, esse patógeno foi agente em 0,44% das dermatofitoses em Porto Alegre, RS.⁹ Em SC ele foi responsável por 1,04% dessas infecções em Florianópolis.¹⁰

No RS, em 1984, Bassanesi *et al.* relataram o primeiro caso de tinea capitis por *T. violaceum* em adolescente residente em Alvorada.⁷ Posteriormente, em 1988, foi descrita a ocorrência de uma microepidemia em cinco crianças e uma adolescente no litoral norte do estado.¹¹ O surto foi desencadeado pela adolescente, aparentemente infectada, 11 anos antes, por familiar procedente de Araranguá, SC, que apresentava lesões semelhantes no couro cabeludo e com a qual conviveu por vários anos, durante a infância. Em 1994, Lopes *et al.*¹ relataram um caso em criança procedente de Santiago.

Em SC, Santos *et al.* constataram que as infecções do couro cabeludo representaram 4,2% das dermatofitoses, em que *T. violaceum* foi agente etiológico em dois de 12 casos de tinea capitis.¹² Também nessa localidade, Soares *et al.* referiram em 2003 microepidemia familiar que envolveu uma mulher de 29 anos e quatro crianças com idades entre cinco e 12 anos.³ Entretanto, a paciente adulta apresentava os sintomas há mais de 20 anos. Além desses, casos esporádicos foram relatados em outras regiões do Brasil.^{13,14}

Embora em muitos episódios a transmissão tenha sido indireta, através de fômites, tais como pentes, travesseiros, estofados, tapetes e capace-

tes, os adolescentes e os adultos, muitas vezes com infecções subclínicas, podem atuar como reservatórios do fungo, possibilitando que, dentro de um grupo fechado de pessoas, o patógeno possa ser transmitido por contato direto.^{6,15} Esse fato explica a ocorrência de epidemias familiares e/ou escolares e o quase-desaparecimento de determinadas espécies, pela adoção de medidas sanitárias preventivas, em regiões nas quais foram de ocorrência endêmica.

Tinea capitis é considerada própria da infância.⁴ A secreção de sebo e a colonização por *Malassezia* spp. auxiliam na proteção do couro cabeludo contra invasão de dermatófitos depois da puberdade.⁴ Todavia, adultos e idosos podem ser ocasionalmente infectados.^{2,4,6}

Em um estudo retrospectivo interinstitucional para determinar as características epidemiológicas e clínicas da tinea do couro cabeludo nos adultos realizado na Cidade do México, do total de 1.028 casos, 30 foram em adultos, com frequência global de 2,9%.⁴ As mulheres são mais acometidas do que os homens, com relação de 3:1,4 sendo aquelas em idade pós-menopausa e/ou com disfunções hormonais gonadais mais susceptíveis à infecção, uma vez que a secreção de sebo é hormônio dependente.^{2,4,6} Contudo, a invasão pode ser facilitada por alguma imunodeficiência celular e/ou humoral, neoplasias, tratamento imunossupressor, antibioticoterapia e diabetes mellitus.^{2,4,6}

Os pêlos são invadidos segundo um padrão *endothrix*, e as lesões causadas por *T. violaceum* no couro cabeludo do adulto são similares às das crianças, caracterizadas pela presença de pontos negros, sem ou com alopecia, que se pode tornar permanente quando do comprometimento do bulbo pela inflamação. Apresenta descamação, acompanhada por reação eritematosa de fundo que, usualmente, provoca moderada resposta inflamatória e maior tempo de evolução.^{1,2,5,6}

Clinicamente, essa dermatofitose pode ser confundida com outras enfermidades, como falsa tinea amiantácea, alopecia areata, psoríase de couro cabeludo, tricotilomania, lúpus eritematoso discóide, dermatite seborréica e foliculite bacteriana.^{2,4} O diagnóstico diferencial dependerá da apresentação clínica (Tabela 1).

A duração do tratamento pode variar de duas a seis semanas, sendo esse realizado com agentes antimicóticos tópicos, como os derivados imidazólicos, ciclopirox ou terbinafina, usados em associação com tratamento sistêmico com triazólicos orais, terbinafina ou griseofulvina. Em adição, pode-se usar xampu de sulfeto de selênio ou de cetoconazol. Ocasionalmente é necessário o uso de

Tabela 1: Diagnóstico diferencial de acordo com o tipo de apresentação clínica

Padrão clínico	Diagnóstico diferencial
Escamação difusa (não inflamatória)	Dermatite seborréica e atópica, psoríase
Placa alopecica (não inflamatória)	Dermatite seborréica e atópica, psoríase
Pontos negros	Alopecia areata, tricotilomania
Pustular difuso (inflamatória)	Foliculite bacteriana
Kerion de Celso (inflamatória)	Abscesso, neoformação

antibióticos e de prednisona para a prevenção da alopecia permanente na forma inflamatória.^{3,4,15}

Finalmente, em virtude da baixa incidência de tinea capitis em adultos e de *T. violaceum* ser fungo pouco freqüente no Brasil, o clínico deve estar alerta para possível infecção fúngica, e o laboratório, preparado para a correta identificação desse agente em casos de adultos com placas descamativas no couro cabeludo. □

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Dr. Luiz Carlos Severo pela leitura crítica deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Lopes JO, Matte SW, Werlang J, Silva C, Eidt M. Tinea por *Trichophyton violaceum* no Rio Grande do Sul. Rev AMRIGS. 1994;38:224-5.
2. Gallego FJA, Ruiz AIB, Nebreda MG, Melguizo JB, Villaverde RR, Ceballos FJD, et al. Tinea capitis en el adulto por *Trichophyton violaceum*. Presentación de un caso. Rev Iberoam Micol. 2002;19:120-2.
3. Soares CB, Tarnowski RL, Souza Filho JJ, Nappi BP, Coelho MPP, dos Santos JI. Household cluster of tinea capitis caused by *Trichophyton violaceum* in Brazil. Int J Dermatol. 2003;42:664-6.
4. Rebollo N, López-Barcenás AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:91-100.
5. Aste N, Pau M, Biggio P. Tinea capitis in adults. Mycoses. 1996;39:299-301.
6. Yu J, Chen W, Wan Z, Li RY. Adult tinea capitis due to *Trichophyton violaceum* in China. Mycopathologia. 2004;157:49-52.
7. Bassanesi MC, Severo LC, Weiss HC. *Trichophyton violaceum* no Rio Grande do Sul: relato de um caso. An Bras Dermatol. 1984;59:233-4.
8. Londero AT, Ramos CD. A twenty-year (1960-1970) survey of Dermatophytes in the State of Rio Grande do Sul, Brasil. In: Fifth International Conference on the Mycoses. Superficial, Cutaneous and Subcutaneous infections. Washington, D.C.: PAHO Sci Pub, 1980. p.188-92.
9. Mezzari A. Frequency of dermatophytes in the Metropolitan area of Porto Alegre, RS, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1998;40:71-6.
10. Santos JI, Negri CM, Wagner DC, Philipi R, Nappi BP, Coelho MP. Some aspects of dermatophytoses seen at University Hospital in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1997;39:137-40.
11. Bassanesi MC, Conci LMA, Amaral AA, Severo LC. Microepidemias de *Trichophyton tonsurans* e *Trichophyton violaceum* em Imbé e Tramandaí, RS. Rev AMRIGS. 1988;32:155-7.
12. Santos JI, Negri CM, Wagner DC, Philipi R, Nappi BP, Coelho MP. Some aspects of dermatophytoses seen at University Hospital in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1997;39:137-40.
13. Cambell I, Campbell G, Aguirre L, Santos MG. Dermatofitos em Brasília. An Bras Dermatol. 1984;59:224-5.
14. Furtado MSS, Ihára LT, Maroja MF, Jins J, Castrillón AL. Dermatofitoses na cidade de Manaus. An Bras Dermatol. 1987;62:195-6.
15. Bergson CL, Fernandes NC. Tinea capitis: study of asymptomatic carriers and sick adolescents, adults and elderly who live with children with the disease. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2001;43:87-91.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Gustavo da Silva Rodrigues
Laboratório de Micologia. Hospital Santa Rita.
Santa Casa - Complexo Hospitalar.
Rua Prof. Annes Dias, 285.
900020 090 - Porto Alegre - RS
E-mail: gusrodrigs@yahoo.com.br;
flavio@santacasa.tche.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Rodrigues GS, Oliveira FM, Pereira EF, Cruz RCB. Tinea capitis em adulto por *Trichophyton violaceum* no Brasil: relato de um caso e revisão da literatura. An Bras Dermatol. 2008;83(6):544-8.