

TINHA FAVOSA. RELATO DE OCORRÊNCIA FAMILIAR EM ITAPECERICA DA SERRA (MUNICÍPIO DA GRANDE SÃO PAULO)

Walter BELDA JUNIOR⁽¹⁾, Maria Denise F. TAKAHASHI⁽²⁾, Valéria AOKI⁽³⁾, Luis Carlos CUCÉ⁽⁴⁾, Alberto SALEBIAN⁽⁵⁾
& Mírian N. SOTTO⁽⁶⁾

RESUMO

Os autores relatam 4 casos de tinha favosa por *Trichophyton schoenleinii* de ocorrência familiar, identificados na cidade de Itapeccerica da Serra, município da Grande São Paulo. Todos os casos foram tratados com griseofulvina por via oral na dose de 10 mg/kg/dia por no mínimo 3 meses, tendo ocorrido cura clínica e laboratorial em 2 pacientes, e os dois restantes necessitaram de terapêutica mais prolongada.

UNITERMOS: Tinha favosa; Griseofulvina.

INTRODUÇÃO

O favo, descrito inicialmente em 1837 por REMAK¹⁹, o qual observou a presença de filamentos no material obtido de lesões crostosas e atróficas, tendo o agente sido identificado como de origem fúngica por Schönlein em 1839. Fungo exclusivamente antropofílico, seu contágio ocorre através de fômites e inter-humano¹³.

O favo não é moléstia autóctone, tendo sido introduzido no Brasil por imigrantes no final do século XIX e início do século XX.

Em São Paulo foi inicialmente descrito por LINDENBERG¹⁴ em 1908, onde entre 47 tinhas

do couro cabeludo estudadas encontrou 17 favos causados pelo *A.schoenleinii*. ALMEIDA² cita em seu livro trabalho de A. Martins de Castro, o qual observou no período de 1923 a 1936, 450 casos de tinhas do couro cabeludo em São Paulo, dos quais 69 eram fávicas.

Em 1941 ROSSETTI²¹ realizou inquérito sobre tinhas em São Paulo, tabulando 442 pacientes, entre os quais encontrou 22 casos de tinha favosa, muitos deles autóctones, sobretudo em filhos de portugueses, sírios e espanhóis infectados.

Atualmente o que se nota é a ocorrência de casos isolados ou circunscritos à uma família, in-

Trabalho realizado na Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Serviço do Prof. Dr. Sebastião A.P. Sampaio.

- (1) Auxiliar de Ensino do Departamento de Dermatologia da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
- (2) Médica Assistente da Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
- (3) Residente de Dermatologia da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
- (4) Professor Associado do Departamento de Dermatologia da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
- (5) Biologista da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.
- (6) Médica Assistente da Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Walter Belda Junior, Rua Guarará, 150, apto. 54, CEP 01425 São Paulo, SP, Brasil.

dicando tendência à extinção da moléstia.

GAMBALE et al.¹⁰ em estudo sobre a incidência de micoses superficiais na Capital do Estado de São Paulo, não faz menção ao *Trichophyton schoenleinii*, sendo que de 1967 para cá só encontramos em nossa literatura duas publicações sobre esta patologia^{3,7}.

Clinicamente a moléstia pode se apresentar sob diversas formas, sendo consenso entre os diversos autores^{6,8,23} sua divisão em 3 variantes: **forma clássica** com o godê e com ou sem a presença de alopecia cicatricial; **forma pitiríode** ou **seborréica** com eritema e descamação sem godê; **forma impetigóide** também sem o godê.

LARREGUE¹³ inclui ainda uma forma denominada eritemato micáceo ou papiróide, também sem a presença de godê, e uma forma dermatohipodérmica tipo “granuloma de Majocchi”.

A tinha favosa pode ainda acometer a pele glabra e as unhas, tendo sido descritos quadros disseminados com acometimento ganglionar e visceral, denominado dermatofitose profunda de HADIDA & SCHOUSBOE^{5,12}.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados 7 pacientes caucasóides, pertencentes a mesma família, com idade variando de 9 a 46 anos, procedentes de Itapeceerica da Serra, São Paulo. Destes 7 pacientes, dois apresentavam o quadro clínico clássico com a presença de escútuas fávicas e alopecia cicatricial (Fig.1); dois apresentavam apenas extensa alopecia cicatricial (Fig.2); um apresentava somente descamação difusa no couro cabeludo e os dois restantes não apresentavam quaisquer sinais clínicos de acometimento cutâneo.

Nenhum dos casos estudados apresentou acometimento ungueal.

A diagnose foi estabelecida pelo exame micológico direto com clarificação pelo KOH e cultivo em ágar-Sabouraud-destrose com cloranfenicol, à temperatura de 25°C. Dos 7 pacientes submetidos à análise laboratorial (Tabela 1), quatro apresentaram achados característicos ao exame micológico direto, com a presença de filamentos septados e bôlhas de ar no interior do pêlo (Fig.3), confirmados pela cultura em ágar-Sabouraud com crescimento do *Trichophyton schoenleinii* (Fig.4 e 5).

A Figura 6 demonstra a incidência na família estudada e a Tabela 1 apresenta as características clínico-laboratoriais dos pacientes estudados.

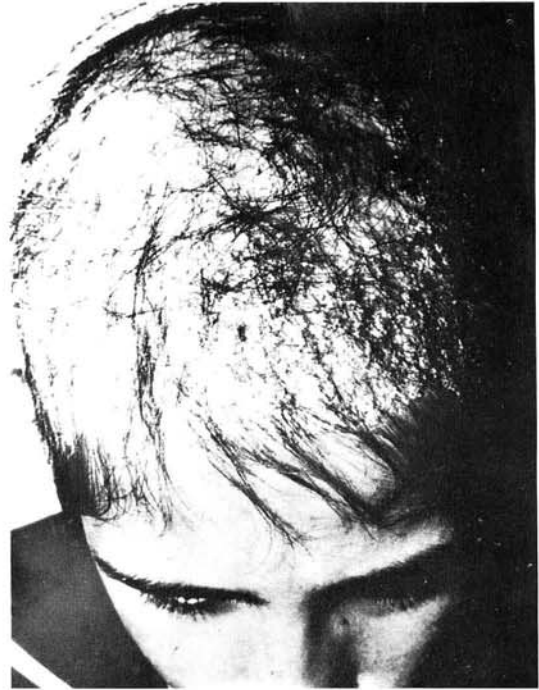


Fig. 1 – Presença de escútuas fávicas e alopecia cicatricial.



Fig. 2 – Extensa alopecia cicatricial.

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

O tratamento foi realizado com griseofulvina^{6,13,23}, na dose de 10 mg/kg/dia por via oral e cuidados higiênicos.

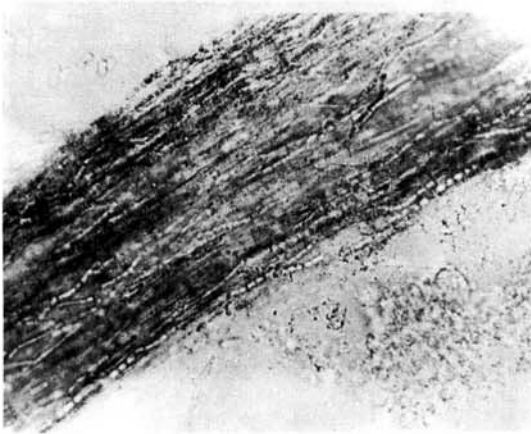


Fig. 3 – Exame micológico direto revelando filamentos septados e bôlhas de ar no interior do pêlo, após clarificação com KOH (400 x).



Fig. 5 – Microcultivo em ágar-Sabouraud revelando os candelabros fávicos (400 x).

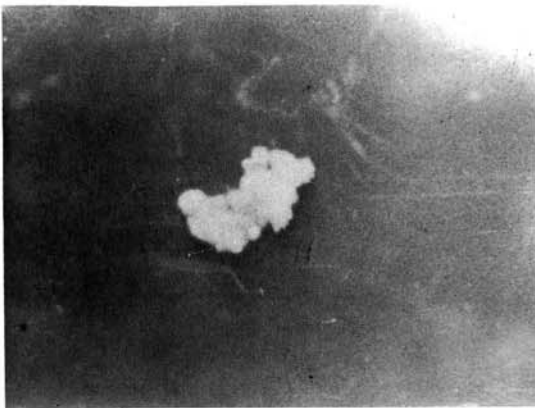
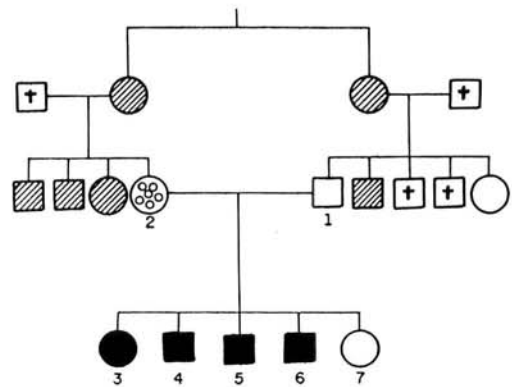


Fig. 4 – Cultivo em ágar-Sabouraud, após 15 dias à temperatura ambiente.



LEGENDA

- DOENTE
- ▨ DOENTE POR INFORMAÇÃO
- ▩ CURADO
- SÃO
- † FALECIDO

Dos quatro pacientes acometidos, dois evoluíram para cura clínica e laboratorial após 3 meses de tratamento, enquanto que os outros dois pacientes apresentaram somente melhora clínica, com desaparecimento das escútulas, persistindo porém positivo o exame micológico realizado ao final dos 3 meses de terapêutica.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A tinha favosa é afecção grave devido a sua duração ilimitada e às seqüelas cicatriciais que

Fig. 6 – Incidência de “tinha favosa” na família estudada.

TABELA 1

Características clínico-laboratoriais dos pacientes estudados.

Pacientes	Sexo	Idade	Tempo de Evolução	Quadro Clínico	Micológico Direto	Culturas
1. BB	M	46a.	—	Sem alter. dermatol.	negativa	negativa
2. MLGB	F	43a.	24 anos	Alopécia cicatricial	negativa	negativa
3. ERGB	F	18a.	8 anos	Alopécia cicatricial	positiva	<i>T.schoenleinii</i>
4. LCGB	M	17a.	5 anos	Descamação em placas	positiva	<i>T.schoenleinii</i>
5. FGB	M	16a.	8 anos	Escútuas fávicas + Alopécia cicatricial	positiva	<i>T.schoenleinii</i>
6. GGB	M	14a.	8 anos	Escútuas fávicas + Alopécia cicatricial	positiva	<i>T.schoenleinii</i>
7. EGB	F	9a.	—	Descamação difusa	negativa	negativa

acarreta, sendo rara entre nós^{6,21,22} porém comum na Europa Central e Oriental^{8,11,20}.

No Brasil, além dos casos descritos em São Paulo, a moléstia também foi relatada no Rio Grande do Sul^{4,15}, Santa Catarina¹⁶, Minas Gerais^{1,17} e Rio de Janeiro¹⁸. Sua distribuição não apresenta diferença significativa em relação ao sexo^{6,9}, instalando-se predominantemente na infância^{6,10,13,16,23}, podendo não regredir com a puberdade.

Há de se ressaltar que a moléstia não acomete negróides, sendo os casos aqui citados referentes a pacientes caucasóides, o que também coincide com os relatos de ARMOND³, BOPP & LEIRIA⁶ e ROSSETTI²¹.

Fatores importantes na persistência do favo são a promiscuidade, o baixo nível sócio-econômico e as precárias condições de higiene em que vivem os indivíduos afetados, condições estas que pudemos confirmar durante o estudo desta família.

A terapêutica instituída com a griseofulvina^{6,13,23} mostrou-se eficaz em dois pacientes acometidos, porém teve de ser mantida por 3 meses para levar à cura clínica e laboratorial sendo que, os outros dois pacientes, findos os 3 meses iniciais de tratamento, persistiram com exame micológico direto positivo, acarretando um prolongamento do tempo de uso da medicação.

Finalizamos este relato primeiramente reforçando as sugestões de BOPP & LEIRIA⁶ segundo os quais faz-se mister a realização de estudos no campo da genética e imunologia a fim de esclarecer alguns aspectos epidemiológicos, como o porquê da variabilidade da incidência da doença nos membros de uma mesma família, a despeito das mesmas condições de propagação dos fungos, assim como o porquê da sua não incidência em pacientes negros e mongolóides; e alertando para o fato da existência de focos ativos de tinha favosa, apesar da tendência atual de considerá-la extinta no Estado de São Paulo.

SUMMARY

Tinea Favosa – Familiar occurrence in Itapeccerica da Serra (São Paulo State – Brazil)

Four cases of Tinea favosa occurred in the same family are reported in a small city of Brazil (Itapeccerica da Serra – State of São Paulo). *Trichophyton schoenleinii* was isolated from all four cases. Treatment consisted of oral griseofulvin (10 mg/kg/day) for at least three months.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEIXO, A. – Ligeiros apontamentos sobre o diagnóstico clínico do favus. *Arch. mineir. Derm.-syph.*, 2:22-23, 1920.
2. ALMEIDA, F.P. – *Mycologia médica. Estudo das mycoses humanas e de seus cogumelos*. São Paulo, Melhoramentos, 1939, p.463-464.
3. ARMOND, S. – *Contribuição ao estudo da tinha favosa em Minas Gerais*. Belo Horizonte, 1984. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais].
4. ASSIS, J.D. – *Contribuição ao estudo da mycologia do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Of. Graf. Liv. Globo, 1928. [Tese].
5. BERNARD, P. & DROUHET, E. – Favus cutané généralisé avec atteints dermo-hypodermiques et lympho-ganglionnaires traité par la griseofulvine. *Sem. théor.*, 2:133-139, 1961.
6. BOPP, C. & LEIRIA, B. – Favus no Rio Grande do Sul. *Rev. Assoc. méd. Rio Gr. Sul*, 11:5-21, 1967.
7. CASTRO, R.M.; MACHEL, F.A.; CARDOSO, A.E.C. & NANINI, M.E.N. – Tinha favosa em Campinas. Estado de São Paulo. *An. bras. Derm.*, 63:429-432, 1988.
8. EMMONS, C.W.; BINFORD, C.H.; UTZ, J.P. & KWON-CHUNG, K.J. – *Medical mycology*. 3rd. ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1977. p.125-127.
9. FISCHMAN, O.; FABRICIO, R.; LONDERO, A.T. & RAMOS, C.D. – A tinha fávica no Rio Grande do Sul (Brasil). *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 5:161-164, 1963.
10. GAMBALÉ, W.; PAULA, C.R.; CORRÊA, B. & PURCHIO, A. – Incidência de micoses superficiais em São Paulo, Capital. *An. bras. Derm.*, 62:193-194, 1987.
11. HANSELL, J. & PARTRIDGE, B.M. – Favus: a report of seven related cases. *Brit. med. J.*, 1:1510-1511, 1955.
12. JAUSION, M.M.; NADAL, D.; DROUHET, E.; BERNARD, P.; MAZABRAUD, C. & MENANTEAU, G. – Favus généralisé de longue date, à multiples déterminations épidermo-hypodermiques et lymphoganglionnaires. Expérimentation animale. *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 65:51-52, 1958.
13. LARREGUIE, M. & BRESSIEUX, J.M. – Le favus chez l'enfant. *Sem. Hôp. Paris*, 59(37-38):2649-2650, 1983.
14. LINDENBERG, A. – Dermatologia e venereologia. *Rev. méd. S. Paulo*, 11:119-122, 1908.
15. LONDERO, A.T. – Alguns aspectos das micoses no interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Fac. Farm. Bioq. S. Maria*, 12:63-76, 1966.
16. LONDERO, A.T.; FISCHMAN, O.; RAMOS, C.; MANFREDINI, J. & PORCUNCULA, G. – Estudos das tinhas em Santa Catarina, Brasil. I. Favus por *Trichophyton schoenleinii*. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 5:118-119, 1963.
17. MAGALHÃES, O. & NEVES, A. – Ensaios de mycologia. Contribuição para o estudo dos cogumelos em Belo Horizonte. *Mem. Inst. Osw. Cruz*, 19:245-322, 1926.
18. RABELLO, E. – Nota preliminar sobre as tinhas. *Rev. méd. S. Paulo*, 10:507-510, 1907.
19. REIMAK, R. – Gielungene Impfung des favus. *Med. Ztg.*, 11:137, 1842.
20. ROBERTS, S.O.B. & MACKENZIE, D.W.R. – *Textbook of dermatology*. 3rd. ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1979. V.1. p.796-797.
21. ROSSETTI, N. – Um novo problema sanitário em São Paulo: primeiros resultados de um inquérito sobre tinhas. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 1:217-303, 1941.
22. VIEIRA, J.P. & CASTRO-FILHO, A.M. – Favus. *Arch. Derm. Sif. S. Paulo*, 1:150-157, 1937.
23. ZAROR, L.; ASTORGA, J. & LUFER, R. – Tinha fávica por *Trichophyton schoenleinii*. *Rev. Méd. Chile*, 104:288-290, 1976.

Recebido para publicação em 13/2/1989.