

Aspectos clínicos de pacientes com pitiríase versicolor atendidos em um centro de referência em Dermatologia Tropical na cidade de Manaus (AM), Brasil*

Clinical aspects of patients with pityriasis versicolor seen at a referral center for tropical dermatology in Manaus, Amazonas, Brazil

Patrícia Motta de Moraes¹
Maria Zeli Moreira Frota³

Maria da Graça Souza Cunha²

Resumo: FUNDAMENTOS: A pitiríase versicolor (tinha versicolor) é uma micose superficial crônica, causada por leveduras do gênero *Malassezia* spp. comensais das camadas queratinizadas da pele e que, sob determinadas condições ainda não esclarecidas, se torna patogênica, determinando as manifestações clínicas da doença. É uma dermatose recidivante e, mesmo após tratamento, pode deixar hipopigmentação persistente, causando problemas sociais aos indivíduos acometidos.

OBJETIVO: Descrever as características clínicas e epidemiológicas de pacientes com diagnóstico de tinha versicolor atendidos em uma unidade de referência em Dermatologia (Fundação Alfredo da Matta).

MÉTODOS: Estudo de série de casos em que foram detalhadas as manifestações cutâneas e as características epidemiológicas de pacientes atendidos na Fundação Alfredo da Matta com diagnóstico de tinha versicolor.

RESULTADOS: Cento e dezesseis pacientes foram incluídos no estudo no período de janeiro a agosto de 2008. A maioria dos indivíduos é do sexo masculino, de cor parda, da faixa etária jovem e formada por estudantes, que apresentavam fatores predisponentes ao surgimento das manchas. Também a maioria apresentava lesões extensas e história passada da doença.

CONCLUSÃO: O estudo mostrou alta proporção de indivíduos com quadros extensos e de longa duração da doença. **Palavras-chave:** Epidemiologia; Manifestações cutâneas; Tinha versicolor

Abstract: BACKGROUND: Pityriasis versicolor (tinea versicolor) is a chronic superficial mycosis caused by yeasts of the *Malassezia* spp. genus commensal of the keratinized layers of the skin. Under conditions not yet understood, it becomes pathogenic determining the clinical manifestations of the disease. It is a recurrent skin condition and persistent hypopigmentation may remain after treatment, causing social problems to those affected.

OBJECTIVE: To describe the clinical and epidemiological features of patients diagnosed with tinea versicolor treated at a referral center for dermatology (Alfredo da Matta Foundation).

METHODS: Case-studies in which cutaneous manifestations and epidemiological characteristics of patients diagnosed with tinea versicolor treated at Alfredo da Matta Foundation were detailed.

RESULTS: One hundred and sixteen patients were included in the study from January to August 2008. Most subjects were male, of mixed ethnicity and young age. Most were students who were predisposed to the development of macules. The majority had extensive injuries and past history of the disease.

CONCLUSION: The results revealed a high proportion of individuals with extensive clinical manifestations and duration of the disease.

Keywords: Epidemiology; Skin manifestations; Tinea versicolor

Recebido em 08.06.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 20.08.2010.

* Trabalho realizado na Fundação Alfredo da Matta (Fuam) – Manaus (AM), Brasil

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

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; mestranda em Patologia Tropical pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam); dermatologista da Fundação Alfredo da Matta (Fuam) – Manaus (AM), Brasil.

² Doutora em Medicina pela Universidade Federal de Ribeirão Preto (Uferp); orientadora do Mestrado em Patologia Tropical pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam); dermatologista da Fundação Alfredo da Matta (Fuam) – Manaus (AM), Brasil.

³ Mestre em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade de São Paulo (USP); atua em Biologia e Fisiologia de Micro-organismos, com ênfase em Micologia; professora assistente da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil.

INTRODUÇÃO

A pitiríase versicolor é uma infecção fúngica superficial e crônica, causada por leveduras do gênero *Malassezia spp.* Hoje se conhecem 13 espécies do gênero, comensais da pele humana e de animais de sangue quente, como porcos, macacos, cabras, cavalos, cachorros, gatos e outros, que podem provocar dermatoses e infecções sistêmicas no homem, além de lesões na pele e otite externa nos animais.¹

As lesões de pitiríase versicolor foram inicialmente descritas por Willan (1801), mas a natureza fúngica do organismo foi reconhecida em 1846 por Eichstedt.² Por mais de 100 anos, outras nomenclaturas foram atribuídas ao gênero e espécie. Contudo, a terminologia “leveduras do gênero *Malassezia*” foi consagrada pela prioridade taxonômica, para os fungos lipofílicos que fazem parte da microbiota normal da pele.

A pitiríase versicolor é uma dermatose frequente nas regiões tropicais, onde a umidade elevada e a alta temperatura aumentam sua prevalência. Pode atingir 40% a 50% dos indivíduos de determinadas regiões geográficas e grupos étnicos.³ É uma dermatose comum no Amazonas, onde o clima e a umidade a maior parte do ano aumentam sua frequência.

É normalmente assintomática, porém, não são raras as recidivas. Apesar de não ser uma doença que comprometa a função ou a vida e, na maioria dos casos, com boa resposta ao tratamento, o aspecto clínico das lesões e a hipocromia ou acromia residual que a doença pode ocasionar acabam determinando grande estigma social. A patogênese das lesões e os fatores considerados responsáveis pelo rompimento do equilíbrio entre as leveduras do gênero *Malassezia* e o hospedeiro ainda são incertos.

Antigamente, acreditava-se que só a *Malassezia furfur* fosse o agente da pitiríase versicolor. Hoje se conhecem 13 espécies de *Malassezia*, e agora, principalmente, com a evolução de novas tecnologias como a biologia molecular, estudos de identificação dessa levedura vêm adquirindo maior importância.⁴

Além da pitiríase versicolor, outras dermatoses podem estar associadas a essa levedura, como a dermatite seborreica, a foliculite por *Malassezia*, a psoríase, a dermatite atópica, a papilomatose confluyente e reticulada de Gougerout e Carteaud, a onicomiose, a otite e a pustulose neonatal.⁵

Sem tratamento, a doença torna-se crônica. É recidivante e tende a ocorrer novamente em torno de 60% dos casos em um ano após o tratamento e em 80% após dois anos.^{6,7}

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, em que se detalharam as características clínicas e epidemiológicas

de pacientes atendidos na Fundação Alfredo da Matta (Manaus) com diagnóstico de pitiríase versicolor. O protocolo desse estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta.

No período de janeiro a agosto de 2008 foram avaliados 116 indivíduos com diagnóstico clínico e exame micológico direto positivo para pitiríase versicolor. Ao paciente incluído no projeto aplicou-se um questionário e avaliou-se seu perfil clínico e epidemiológico. Os pacientes que entraram no projeto foram os da demanda espontânea e os casos encaminhados por médicos dermatologistas de outras unidades de saúde.

Os indivíduos selecionados preenchiam os seguintes critérios: clínica sugestiva; exame micológico direto positivo (presença de blastosporos agrupados em “cacho de uva” e/ou pseudo-hifas curtas e grossas; blastosporos agrupados em “cacho de uva” e blastosporos isolados e em brotamento) e concordância em participar do estudo mediante consentimento livre e informado. Não foram selecionados indivíduos que fizeram uso prévio de antifúngicos tópicos e orais nos últimos 30 dias do atendimento, pacientes em uso de medicações tópicas no dia da coleta e gestantes.

Coletaram-se os dados epidemiológicos e o perfil dos pacientes do estudo em relação às variáveis sexo, idade, cor, ocupação e características clínicas. Os pacientes responderam a perguntas referentes a seus hábitos pessoais e estilo de vida, como uso de óleos na pele e de protetor solar, sudorese excessiva, uso de roupas oclusivas, história familiar, características do ambiente de trabalho, prática de esportes, higiene pessoal, história passada da doença e outras.

Em relação aos dados clínicos, avaliou-se o tipo das lesões quanto à cor (hipocrômicas, hiperocrômicas, eritematosas ou associadas), à forma (numulares, circinadas, papulosas, foliculares e confluentes) e à sintomatologia. O grau de envolvimento das manchas foi dividido em: pacientes com pitiríase versicolor de envolvimento único (uma das seguintes localizações: cabeça, pescoço, tronco, abdome, região lombar, membros superiores ou membros inferiores); pacientes com pitiríase versicolor com envolvimento parcial do corpo (duas a três regiões acometidas) e pacientes com pitiríase versicolor com envolvimento extenso (quatro ou mais regiões acometidas).

Realizou-se análise descritiva, com apresentação dos dados em tabelas de frequência.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra a distribuição da pitiríase versicolor em relação a sexo, idade, cor e tipo de pele nos indivíduos estudados no período de janeiro a agosto de 2008.

TABELA 1: Pitíriase versicolor quanto ao sexo, idade, cor e tipo de pele nos indivíduos estudados no período de janeiro a agosto de 2008

Variáveis (n = 116)	FI	%
Gênero		
Masculino	60	51,7
Feminino	56	48,3
Intervalo de idade (anos)		
0- 10	4	3,4
10- 20	39	33,6
20- 30	21	18,1
30- 40	21	18,1
40- 50	15	12,9
>50	16	13,8
Média ± DP *	30,9 ± 17,3	
Mediana	27	
IQ *	23,5	
Amplitude	6-93	
Cor		
Branca	39	33,6
Parda	77	66,4
Tipo de pele		
Normal	46	39,7
Seca	42	36,2
Oleosa	28	24,1

* DP – desvio padrão; IQ – amplitude interquartilica; p < 0,05% (Teste de Shapiro-Wilk)

Dos 116 casos estudados, 51,7% (60/116) pertenciam ao sexo masculino e o sexo feminino correspondeu a 48,3% (56/116) dos indivíduos do estudo. A distribuição da pitíriase versicolor quanto à faixa etária no decorrer do período estudado mostrou que a faixa etária mais acometida foi a de 10 a 20 anos de idade, com 33,6% (39/116) de pacientes acometidos. Em segundo lugar, em igual frequência, encontrou-se a faixa de 20 a 30 e a de 30 a 40 anos, com 18,1% (21/116). Nas demais faixas etárias houve menos ocorrência. A média de idade foi de 30,9 ± 17,3. Em relação à raça, 66,4% (77/116) eram pardos e 33,6% (39/116), brancos. A pele normal foi a mais comum do estudo, encontrada em 39,7% (46/116) dos casos; a pele seca foi observada em 36,2% (42/116) e a oleosa, em 24% (28/116).

No que se refere à profissão, os estudantes predominaram em 37,1% (43/116) dos casos, o que condiz com a faixa etária mais prevalente do estudo (11-20 anos). Os profissionais liberais ficaram em segundo lugar, com 16,4% (19/116) e os profissionais do lar ficaram em terceiro lugar em frequência, com 12,9% (15/116). As demais categorias foram menos comuns (Tabela 2).

A tabela 3 mostra os principais hábitos, atividades, uso de medicações e características individuais dos 116 pacientes estudados com diagnóstico de pitíriase versicolor. Os fatores possivelmente relacionados com o surgimento da doença foram encontrados nas seguintes frequências: uso de óleos ou cremes no cabelo – 63,8% (74/116); exposição solar – 53,4% (62/116); sudorese excessiva – 49,1% (57/116); casos de “pano branco” na família – 44,8% (52/116); prática de esportes foi referida por 39,7% (46/116); 34,5% (40/116) trabalhavam ao ar livre; 29,3% (34/116) usavam óleos ou hidratantes na pele e 23,3% (27/116) usavam roupas oclusivas.

História passada de pitíriase versicolor foi referida por 52,6% (61/116) dos indivíduos estudados, enquanto 47,4% (55/116) referiam primeiro episódio da doença no momento da entrevista. Dos 61 indivíduos que já tinham apresentado quadro de pitíriase versicolor no passado, 50,8% (31/61) tinham história há mais de 10 anos; 31,7% (19/61), de dois a cinco anos e 18,0% (11/61), de cinco a dez anos. Quanto ao número de recidivas, 68,9% (42/61) apresentavam uma ao ano; 26,2% (16/61), duas a três e 4,9% (3/61), quatro ou mais ao ano. Pacientes que já haviam feito tratamento anterior para a doença corresponderam a 57,8% (67/116) (Tabela 4).

Indivíduos assintomáticos corresponderam a 50,9% (59/116) dos casos. Observou-se presença de prurido em 48,3% (56/116). Em relação à cor, lesões hipocrômicas corresponderam a 62,9% (73/116); 29,3% (34/116) apresentavam mais de uma cor; 5,2% (6/116) eram lesões exclusivamente hiperocrômicas e 2,6% (3/116), eritematosas. Quanto à forma clínica, 91,4% (106/116) apresentavam lesões numulares; 48,3% (56/116) tinham lesões confluentes; 24,1% (28/116), lesões foliculares e 0,9% (1/116), lesão circinada. Nenhum indivíduo apresentou lesões papulosas (Tabela 5).

TABELA 2: Pitíriase versicolor quanto à profissão no período de janeiro a agosto de 2008

Profissão	FI	%
Profissional liberal	19	16,4
Industriário	4	3,4
Estudante	43	37,1
Profissionais do lar	15	12,9
Funcionário público	9	7,8
Professor	1	0,9
Desempregado	4	3,4
Aposentado	5	4,3
Outros	16	13,8
Total	116	100,0

TABELA 3: Pitíriase versicolor quanto aos hábitos, às atividades e às características dos indivíduos estudados no período de janeiro a agosto de 2008

Questionário formulado (n = 116)	FI	%
Toma banho após transpiração	84	72,4
Usa óleos ou cremes no cabelo	74	63,8
Expõe-se ao sol diariamente	62	53,4
Tem sudorese excessiva	57	49,1
Tem casos de pano branco na família	52	44,8
Pratica esportes	46	39,7
Trabalha ao ar livre	40	34,5
Toma banho após prática de esportes	36	31,0
Usa óleos ou hidratantes na pele	34	29,3
Usa roupas oclusivas	27	23,3
É etilista	19	16,4
Toma banho de rio	16	13,8
É tabagista	14	12,1
Usa protetor solar	12	10,3
Usa meio de transporte com ar condicionado	11	9,5
Está na menopausa	9	7,8
Toma banho de piscina	7	6,0
É estressado ou ansioso	72	62,1
Outros	8	6,9

Dos pacientes acometidos, 52,6% (61/116) apresentavam quatro ou mais regiões do corpo comprometidas; 37,1% (43/116) tinham duas a três regiões acometidas e 10,3% (12/116), apenas uma localização. A média de regiões acometidas foi de $3,73 \pm 1,74$. Quanto à localização, 80,2% (93/116) tinham lesões no tronco; 74,1% (86/116), nos membros superiores; 51,7% (60/116), no abdome e nos membros inferiores; 44% (51/116), na região lombar; 38,8% (45/116), no pescoço e 32,8% (38/116), na cabeça (Tabela 6).

DISCUSSÃO

A pitíriase versicolor é uma infecção fúngica superficial e crônica, causada por leveduras do gênero *Malassezia spp.* É uma dermatose frequente nas regiões tropicais, onde a umidade elevada e a alta temperatura aumentam sua prevalência.³

A colonização pela levedura começa na puberdade, porém o agente já foi isolado em crianças. Nos idosos, a quantidade da levedura diminui, talvez devido a um decréscimo dos lipídios na pele.⁶ A prevalência em idades mais precoces parece ser mais comum nas regiões tropicais, onde o clima é quente e úmido.³

As lesões apresentam-se na forma de manchas ovais ou arredondadas, pápulas ou placas isoladas, podendo coalescer e cobrir grandes áreas do corpo, separadas por áreas saltadas de pele normal.

TABELA 4: Pitíriase versicolor quanto ao primeiro episódio da doença, história passada, número de recidivas ao ano e tratamento anterior nos indivíduos estudados no período de janeiro a agosto de 2008

Variáveis (n = 116)	FI	%
Primeiro episódio		
Sim	55	47,4
Não	61	52,6
História passada da doença (anos) n = 61		
2 - 5	19	31,7
5 - 10	11	18,0
> 10	31	50,8
Nº de recidivas ao ano (n = 61)		
1	42	68,9
2 a 3	16	26,2
4 ou mais	3	4,9
Tratamento anterior (n = 116)		
Sim	67	57,8
Não	49	42,2

Apresentam cores variadas – manchas hipocrômicas, eritematosas ou hiperocrômicas. Segundo Lacaz, as manchas da pitíriase versicolor possuem coloração parda ou amarelada e, quando raspadas com a unha, observa-se descamação furfurácea (“sinal de Besnier” ou “sinal da unhada”).⁸ O sinal se Zireli corresponde à descamação observada quando se estira a pele.^{6,9}

Os fatores envolvidos na transformação da levedura na sua forma miceliana patogênica são incertos. Fatores endógenos e exógenos têm sido implicados como: herança genética, imunossupressão congênita ou adquirida, má nutrição, uso de anticoncepcionais orais, uso de corticosteroides, hiper-hidrose, distúrbios endócrinos, temperatura elevada, umidade do ar, roupas oclusivas, uso de óleos ou hidratantes na pele e até composição química do sebo.⁹ A presença desses fatores pode explicar as frequentes recidivas e a cronicidade da doença após o tratamento.⁷

O diagnóstico baseia-se, primeiramente, na característica clínica típica em combinação com fluorescência amarelo-brilhante sob luz de Wood e, em especial, o exame micológico direto. Pode-se utilizar o método de raspagem das lesões ou o da fita adesiva para a coleta de material e observação ao microscópio óptico. Utiliza-se o hidróxido de potássio (10% a 20%) acrescido de azul de metileno a 1% ou de tinta azul ou preta Parker para melhor visualização das estruturas fúngicas. Ao exame direto, a presença de células leveduriformes e pseudo-hifas é facilmente identificada. Deve-se considerar como diagnóstico diferencial vitiligo e pitíriase alba.⁷

TABELA 5: Pitíriase versicolor quanto a sintomas, cor e forma clínica das lesões nos indivíduos estudados no período de janeiro a agosto de 2008

Variáveis (n = 116)	FI	%
Sintomas		
Ausentes	59	50,9
Prurido	56	48,3
Outros	1	0,9
Cor da lesão		
Hipocrômica	73	62,9
Hiperocrômica	6	5,2
Eritematosa	3	2,6
Associada	34	29,3
Forma clínica		
Numular	106	91,4
Confluente	56	48,3
Folicular	28	24,1
Circinada	1	0,9

O tratamento da pitíriase versicolor, na sua maioria, é eficaz. O uso da medicação pode ser tópico, oral ou combinado. O tratamento tópico é indicado em praticamente todos os casos como terapia única ou combinada. Inclui queratolíticos e azólicos como: sulfeto de selênio, ácido salicílico associado com enxofre, propilenoglicol em água, piritionato de zinco, ciclopirox-olamina, bifonazol, clotrimazol, fluconazol, cetoconazol, miconazol, econazol e terbinafina. A terapia sistêmica é primeiramente indicada para lesões extensas, para as resistentes ao tratamento tópico e nas recidivas. O tratamento oral é feito com azólicos e inclui cetoconazol, itraconazol ou fluconazol. O cetoconazol e o itraconazol podem ser utilizados na profilaxia das recorrências.⁹

Este estudo mostrou maior frequência da doença no sexo masculino. Vários trabalhos na literatura estudaram pitíriase versicolor em relação ao gênero e muitos mostram maior prevalência da doença no sexo masculino,¹⁰⁻¹³ enquanto que, em outros estudos, o sexo feminino foi o mais acometido, não parecendo haver predominância entre os sexos.^{14,15}

Observou-se maior acometimento da doença na faixa etária jovem, que condiz com a maioria dos trabalhos publicados e pode ser explicado pelo estímulo androgênico visto na adolescência e em adultos jovens, determinando maior desenvolvimento das glândulas sebáceas, com maior secreção de sebo na pele, o que favorece o crescimento das leveduras do gênero *Malassezia*.^{10,13} Os extremos etários são os menos acometidos pela doença, pela diminuição da atividade sebácea.⁶ A maioria dos casos da doença

TABELA 6: Pitíriase versicolor quanto ao número e regiões acometidas pela doença no período de janeiro a agosto de 2008

Número de regiões acometidas (n = 116)	FI	%
1	12	10,3
2 a 3	43	37,1
4 ou mais	61	52,6
Média ± DP*	3,73 ± 1,74	
Amplitude	1-7	
Regiões acometidas		
Cabeça	38	32,8
Pescoço	45	38,8
Tronco	93	80,2
Abdome	60	51,7
Lombar	51	44
Membros superiores	86	74,1
Membros inferiores	60	51,7

* Desvio padrão $p > 0,05\%$ (Teste de Shapiro-Wilk)

ocorre em adultos jovens e afeta, especialmente, o tronco e os membros superiores, porém, em regiões de clima quente, o acometimento parece ser mais extenso e acometer indivíduos de menor idade do que em países de clima temperado.^{10,16}

Os estudos referentes à raça mostram variação quanto à prevalência. No Brasil, um estudo conduzido por Belém, no estado da Paraíba, encontrou uma frequência maior da doença na raça branca (46,2%), seguida da parda (33%) e da negra (20,8%).¹⁵ Framil (2006) encontrou maior ocorrência dessa dermatose na raça branca (77,4%) e justifica esse achado pela maior prevalência dessa cor na população atendida na clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo. A população do presente estudo foi formada, sobretudo, por pardos, que representam a raça mais prevalente na Região Norte.

Quanto ao tipo de pele, encontrou-se frequência maior de pitíriase versicolor na pele normal em 39,7% dos indivíduos estudados, porém a pele seca foi referida por 36,2%. Alguns trabalhos relatam uma possível associação entre composição química do sebo e pitíriase versicolor. Como as leveduras causais são dependentes de lipídios, acredita-se que a oleosidade da pele possa desempenhar um papel importante na indução das lesões.⁹ Esses dados não concordam com os presentes achados. A minoria dos indivíduos estudados refere pele oleosa. A dificuldade em uma classificação-padrão para tipo de pele, pela ausência de critérios clínicos específicos, pode sugerir resultados equivocados.

São poucos os trabalhos que analisaram pitíriase versicolor em relação à profissão. Belém et al. estuda-

ram uma amostra de 515 pacientes do estado da Paraíba e demonstraram resultados similares aos encontrados em nossa amostra, com os estudantes representando a maioria (38,5%), seguidos dos profissionais do lar (26,4%) e dos profissionais liberais (12%).¹⁵

Quanto ao questionário aplicado, observaram-se alguns hábitos mais comuns da população do estudo. A exposição solar foi um fator associado encontrado em elevada frequência e pode tornar mais aparentes as lesões descamativas dessa micose, principalmente, quando são hipocrômicas.⁹ A sudorese excessiva também é um fator predisponente, segundo alguns trabalhos, ao desenvolvimento de pitiríase versicolor.⁹ Verificou-se que a prática de atividades físicas é hábito da população mais jovem do estudo. Além disso, pacientes jovens apresentam maior atividade androgênica, com maior secreção sebácea. Esse fato, associado à regular prática de esportes, estimula a sudorese; a temperatura elevada da região durante todo o ano aumenta a chance de recorrências da doença. Poucos trabalhos relacionam fator genético e pitiríase versicolor. Hafez et al. fizeram um estudo prospectivo de 300 pacientes com pitiríase versicolor e encontraram história familiar positiva em 39%, especialmente, em parentes de primeiro grau.¹⁷ Terragni et al., durante um período de dez anos, encontraram nas crianças do estudo história familiar positiva em 43,8% dos casos.¹⁸ He, em 2008, identificou nos indivíduos com pitiríase versicolor história familiar em 21,1% dos casos, principalmente, em parentes de primeiro grau. Esses autores acreditam que há uma herança poligenética e multifatorial e que, nesses casos, a doença ocorre mais precocemente, apresenta longa duração e as recorrências são mais frequentes.¹³ Outros fatores predisponentes foram uso de óleos ou hidratantes na pele e o uso de roupas oclusivas. Esses hábitos podem predispor ao desenvolvimento das lesões.^{4,9}

Os indivíduos com história de pitiríase versicolor há mais de dez anos corresponderam à metade dos pacientes atendidos em nosso estudo, demonstrando a natureza crônica e recidivante dessa patologia.^{7,8,9,19}

Ingordo, ao estudar um grupo de marinheiros italianos, encontrou nos que apresentavam pitiríase versicolor associação significativa com história passada da doença, o que corrobora a hipótese de que fatores constitucionais podem ter um papel importante na patogênese dessa dermatose.²⁰

No que diz respeito aos sintomas, a frequência de indivíduos assintomáticos e com queixa de prurido foi semelhante. Esse dado condiz com a maioria dos trabalhos publicados, que definem a doença como assintomática ou oligoassintomática e o prurido, quando presente, é leve ou moderado, o que foi observado no presente estudo e referido por outros autores.^{7,9}

Este estudo mostrou maior incidência de lesões hipocrômicas, prevalência que também foi encontrada por Chetty em 1979.²¹ Thoma descreveu uma variante denominada *alba* para pitiríase versicolor.²² Uma variante maculosa eritematosa (pitiríase versicolor *rubra*) e outra com lesões negras (pitiríase versicolor *nigra*) foram descritas, bem como sua transformação de uma para outra forma ou até mesmo para a forma *alba* ou hipocrômica.²³ Difonzo e Faggi falam da associação de duas cores em um mesmo indivíduo. A explicação, segundo os autores, poderia ser idade das lesões, resposta inflamatória do hospedeiro à levedura, exposição solar ou tipo de pigmentação da pele do paciente.²⁴ A despigmentação observada nas lesões da pitiríase versicolor pode resultar de uma diminuição da atividade da tirosinase devido aos ácidos dicarboxílicos produzidos pelo agente, como o ácido azelaico, ou por um efeito citotóxico direto aos melanócitos.²⁵

CONCLUSÕES

A pitiríase versicolor no estudo afetou jovens de ambos os sexos, pardos e com fatores predisponentes. A maioria apresentava história passada da doença e já havia feito tratamento. A maior parte das lesões era extensa, envolvendo todas as regiões anatômicas estudadas e com predomínio de manchas hipocrômicas, numulares e confluentes. □

REFERÊNCIAS

1. Guillot J, Bond R. *Malassezia pachydermatis*: a review. *Med Mycol*. 1999; 37:295-306.
2. Ingham E, Cunningham AC. *Malassezia furfur*. *J Med Vet Mycol*. 1993;31:265-88.
3. Bélec L, Testa J, Bouree P. Pityriasis versicolor in the Central African Republic: a randomized study of 144 cases. *J Med Vet Mycol*. 1991;29:323-9.
4. Crespo-Erchiga V, Gómez-Moyano E, Crespo M. Pityriasis versicolor and the yeasts of genus *Malassezia*. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:764-71.
5. Crespo-Erchiga V, Delgado Florencio V. *Malassezia* species in skin diseases. *Curr Opin Infect Dis*. 2002;15:133-42.
6. Faergemann J. *Pityrosporum ovale* and skin diseases. *Keio J Med*. 1993;42:91-4.
7. Faergemann J. Pityriasis versicolor. *Semin Dermatol*. 1993b;12:276-9.
8. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vaccari EM, Melo ET. Tratado de micologia médica. Fungos, actinomicetos e algas de interesse médico. 7 ed. São Paulo: Sarvier; 1984.
9. Gupta AK, Bluhm R, Summerbell RC. Pityriasis versicolor. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:19-33.
10. Pönnighaus JM, Fine PE, Saul J. The epidemiology of pityriasis versicolor in Malawi, Africa. *Mycoses*. 1996;39:467-70.
11. Framil VMS. Pitíriase versicolor: Influência de fatores etiológicos, familiares, constitucionais, clínicos e de hábitos pessoais no seu desencadeamento e na sua recidiva. Estudo de uma amostra ambulatorial [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo; 2006.
12. Oliveira JAA, Barros JA, Cortêz ACA, Oliveira JSRL. Micose superficial na cidade de Manaus, AM, entre março e novembro. *An Bras Dermatol*. 2006;81:238-43.
13. He SM, Du WD, Yang S, Zhou SM, Li W, Wang J, et al. The genetic epidemiology of tinea versicolor in China. *Mycoses*. 2008;51:55-62.
14. Furtado MSS, Cortêz ACA, Ferreira JA. Pitíriase versicolor em Manaus, Amazonas – Brasil. *An Bras Dermatol*. 1997; 72:349-51.
15. Belém LF, Lima EO, Andrade DA, Vasconcelos Filho PA, Guerra MFL, Carvalho MFFP, et al. Estudo epidemiológico da pitíriase versicolor no estado da Paraíba, Brasil. *Rev Bras Anal Clin*. 2001; 33:63-7.
16. Midgley G. The lipophilic yeasts: state of the art and prospects. *Med Mycol*. 2000;38 Suppl 1:9-16.
17. Hafez M, el-Shamy S. Genetic susceptibility in pityriasis versicolor. *Dermatologica*. 1985;171:86-8.
18. Terragni L, Lasagni A, Oriani A, Gelmetti C. Pityriasis versicolor in the pediatric age. *Pediatr Dermatol*. 1991;8:9-12.
19. Zaitz C. Micose superficiais propriamente ditas. *Compêndio de micologia médica*. 1th ed. São Paulo: Medsi, 1998.
20. Ingordo V, Naldi L, Colecchia B, Licci N. Prevalence of pityriasis versicolor in young italian sailors. *Br J Dermatol*. 2003; 149:1270-2.
21. Chetty GN, Kamalam A, Thambiah AS. Pityriasis versicolor: a study of 200 cases in a tropical skin clinic. *Mykosen*. 1979;22:234-46.
22. Thoma W, Kramer HJ, Mayser P. Pityriasis versicolor alba. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:147-52.
23. Maeda M, Makimura KC, Yamaguchi H. Pityriasis versicolor rubra. *Eur J Dermatol*. 2002;12:160-4.
24. Difonzo EM, Faggi E. Skin diseases associated with *Malassezia* species in humans. Clinical features and diagnostic criteria. *Parassitologia*. 2008;50:69-71.
25. Nazarro-Porro M, Passi S. Identification of tyrosinase inhibitors in cultures of *Pityrosporum*. *J Invest Dermatol*. 1978;71:205-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Patricia Motta de Moraes

Rua 02, nº 7, Condomínio ANIEL, apartamento

301, Parque 10 de Novembro

69054 729 - Manaus - AM

Tel.: 92 3877 0495 / 8127 9559

Fuam: 92 3663 4747

E-mail: pattyymmoraes@hotmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Moraes PM, Cunha MGS, Frota MZM. Aspectos clínicos de pacientes com pitíriase versicolor atendidos em um centro de referência em dermatologia tropical na cidade de Manaus –Amazonas, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):797-803.