

TINHA DO COURO CABELUDO POR *TRICHOPHYTON VIOLACEUM* EM ADULTO COM LÚPUS DISCÓIDE

Filipa Ventura, Joana Gomes, Maria da Luz Duarte, José Carlos Fernandes, Celeste Brito
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga

RESUMO – A tinha do couro cabeludo é uma infecção causada por dermatófitos. Os fungos mais frequentemente implicados no Hospital de Braga são o *Microsporum canis* e o *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulare*. Trata-se de uma infecção frequente em crianças mas rara nos adultos. O *Trichophyton violaceum* é um dermatófito antropofílico raro nos países desenvolvidos.

Descreve-se o caso clínico de uma mulher adulta, com história de lúpus discóide, com tinha do couro cabeludo por *Trichophyton violaceum*.

PALAVRAS-CHAVE – Adulto; Tinha do couro cabeludo; *Trichophyton violaceum*.

TRICHOPHYTON VIOLACEUM INFECTION OF SCALP IN AN ADULT WITH DISCOID LUPUS

ABSTRACT – *Tinea capitis* is a dermatophyte infection of the scalp. The most frequent pathogens in the Hospital de Braga are *Microsporum canis* and *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulare*. It is a common infection in children but rare in adults.

A case of an adult woman with discoid lupus and a *Trichophyton violaceum* infection of scalp is reported.

KEY-WORDS – Adult; Dermatophyte infection of the scalp; *Trichophyton violaceum*.

Correspondência:

Dr.ª Filipa Ventura

Serviço de Dermatologia

Hospital de Braga

Apartado 2242

4701-965 Braga

Tel: 919450375

Fax: 253613334

E-mail: filipamanuelventura@hotmail.com

Caso Clínico

INTRODUÇÃO

A tinha do couro cabeludo é uma infecção dermatofítica frequente em crianças mas rara em adultos (3 – 5% dos casos)^{1,2}. Pode ser causada por qualquer dermatófito excepto o *Epidermophyton floccosum* e o *Trichophyton concentricum*³. O *Microsporum canis* é o principal agente em todo o mundo enquanto o *Trichophyton tonsurans* é o mais implicado nos EUA³.

Os fungos mais frequentemente implicados no Hospital de Braga são dermatófitos zoofílicos, o *Microsporum canis* e o *Trichophyton mentagrophytes var. granulare*, responsáveis por 95% dos casos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 76 anos, polimedicada, referenciada ao Serviço de Dermatologia por agravamento de lupus discóide do couro cabeludo, diagnosticado há 10 anos. Ao exame objectivo observavam-se, na região do vértex, placas eritematosas com pústulas e crostas em área de alopecia cicatricial (Fig. 1). A doente estava medicada com Plaquinol 400mg/dia e Doxiciclina 100mg/dia, sem evidência de melhoria. Efectuou-se zaragatoa das pústulas para cultura de bactérias que foi negativa e biopsia cutânea que revelou tinha do couro cabeludo.

Foi colhida amostra de cabelos e escamas para exame micológico. O exame directo, com hidróxido de potássio a 20%, revelou a presença de hifas sep-



Fig. 1 - Pústulas e crostas sobre placas eritematosas em área de alopecia cicatricial.

tadas e um parasitismo endotrix. Em cultura (em Mycobiotic® agar, à temperatura de 25°C) observou-se um crescimento lento de colónias pequenas, glabras e de tonalidade creme. Após 21 dias surgiu, na frente e no verso, pigmento violeta (Fig. 2). O exame microscópico da colónia mostrou hifas septadas, hialinas e sem produção de conídios (Fig. 3). Os critérios macro e micromorfológicos, bem como a positividade na prova com tiamina (Fig. 4), permitiram a identificação de um *Trichophyton violaceum*.

A doente foi medicada com Terbinafina 250mg/dia, ciclopiroxolamina 1% solução e cetoconazol champô, verificando-se rápida melhoria do quadro clínico.



Fig. 2 - Colónias de cor violeta em Mycobiotic® agar.

Caso Clínico



Fig. 3 - Micromorfologia da colónia: presença de hifas septadas, hialinas, distorcidas e ramificadas; clamidiocónidios intercalares e terminais com ausência de macro e microcónidios.

DISCUSSÃO

Os padrões de distribuição geográfica, a incidência e a etiologia das dermatofitoses vão sofrendo alterações com o tempo devido a factores como as condições socioeconómicas, hábitos sociais e culturais, migrações, viagens, alterações climáticas e terapêuticas antifúngicas⁴. Em Portugal, como em outros países europeus, os dermatófitos zoofílicos, nomeadamente o *Microsporum canis*, são os principais responsáveis pelas tinhas do couro cabeludo.

A tinha do couro cabeludo ocorre particularmente em crianças. Após a puberdade, factores imunológicos e hormonais, bem como a actividade fungistática dos ácidos gordos de cadeia longa do sebo e a colonização por *Malassezia spp.* parecem reforçar a resistência da queratina à invasão por dermatófitos^{2,3,5,6}.

O *Trichophyton violaceum* é um dermatófito antropofílico raro nos países desenvolvidos cuja incidência tem vindo a aumentar devido à ocorrência cada vez mais frequente de fenómenos de emigração^{4,5}. A forma clínica mais frequentemente associada a este dermatófito é a tinha do couro cabeludo⁴. Os cabelos são invadidos segundo um padrão endotrix⁵⁻⁷. Por se tratar de um agente antropofílico provoca, geralmente, uma menor resposta inflamatória e tem uma evolução mais crónica, simulando muitas vezes uma dermite seborreica. No caso que descrevemos, perante os antecedentes



Fig. 4 - Crescimento estimulado em meio com tiamina.

da doente, um agravamento do lúpus discóide parecia a hipótese mais provável. No entanto, a evolução desfavorável após a instituição da terapêutica ditou a necessidade de uma investigação laboratorial que levou ao diagnóstico de tinha do couro cabeludo por *Trichophyton violaceum*.

Espécies antropofílicas podem ser responsáveis pela ocorrência de epidemias familiares e/ou escolares, salientando-se o facto da existência de portadores assintomáticos, o que reforça a importância da vigilância epidemiológica e adopção de medidas sanitárias preventivas^{4,5,8}.

Assim, salientamos deste caso a baixa incidência de tinha do couro cabeludo nos adultos e o facto do *Trichophyton violaceum* ser hoje um fungo pouco frequente em Portugal. É importante manter um elevado índice de suspeição clínica e fazer a correcta identificação laboratorial do agente em casos de adultos com lesões descamativas do couro cabeludo.

Caso Clínico

REFERÊNCIAS

1. Gianni C, Betti R, Perotta E, Crosti C: Tinea capitis in adults. *Mycoses* 38: 329-31 (2005).
2. Duarte AF, Moreira E, Santos P, et al.: Tinha capitis por *Trichophyton rubrum* em adulto com psoríase. *Trab Soc Port Dermatol Venereol* 65(2): 241-3 (2007).
3. Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr* 99: 91-100 (2008).
4. Sánchez BM, Barrosa PO, Muiños EL, et al.: Tinea capitis causada por *Trichophyton violaceum* en el Área Sanitaria de Ferrol (España). *Med Cutan Iber Lat Am* 37(5): 233-4 (2009).
5. Rodrigues GS, Pereira EF, Oliveira FM, Cruz RB. Tinea capitis em adulto por *Trichophyton violaceum* no Brasil: relato de um caso e revisão da literatura. *An Bras Dermatol* 83(6): 544-8 (2008).
6. Gallego FJA, Ruiz AIB, Nebreda MG, et al.: Tinea capitis en el adulto por *Trichophyton violaceum*. Presentación de un caso. *Ver Iberoam Micol* 19: 120-2 (2002).
7. Yu J, Chen W, Wan Z, Li RY: Adult tinea capitis due to *Trichophyton violaceum* in China. *Mycopathologia* 157: 49-52 (2004).
8. Juncosa T, Aguilera P, Jaen A, et al.: *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 26: 502-4 (2008).