

Caso dermatológico

Teresa Pinto-Almeida¹, Manuela Selores¹

Menina de dois anos, com história de eczema atópico desde os quatro meses de idade, habitualmente controlado com aplicação diária de emolientes e utilização de corticoterapia tópica (aceponato de metilprednisolona 1 mg/g, creme) nas agudizações. Sem outros antecedentes pessoais relevantes. Antecedentes familiares: pai com asma. Animais domésticos: contacto ocasional com coelhos na quinta de um familiar.

Recorre à consulta de Dermatologia por lesão cutânea pruriginosa na axila direita com três meses de evolução. Durante este período, foi aplicado localmente o corticoide em creme prescrito

para o eczema atópico, duas vezes por dia, sem melhoria. Ao exame objectivo, observava-se uma placa eritematodescamativa bem delimitada, com bordo activo mais vivo e clareamento central, com cerca de 4 cm de diâmetro, localizada na axila direita (Figura 1). A mãe referiu ter uma lesão cutânea com as mesmas características na região abdominal, com evolução três meses e crescimento progressivo, na qual tinha aplicado o corticoide tópico da filha, também sem qualquer melhoria (Figura 2).

Qual é o seu diagnóstico?



Figura 1 – Características clínicas da lesão cutânea na axila direita da menina.



Figura 2 – Características clínicas da lesão cutânea abdominal da mãe da menina.

¹ S. Dermatologia, H Santo António, CH Porto

DIAGNÓSTICO: *Tinea incognita*.

Foi efectuado raspado das lesões cutâneas (mãe e filha). O exame micológico directo evidenciou a presença de hifas septadas e a cultura permitiu identificar o crescimento de *Trichophyton rubrum*. Foi então iniciado tratamento com Econazol/Triamcinolona (10 mg/g + 1 mg/g, qd), em creme, durante uma semana, associado a cetoconazol 20 mg/g qd, em creme, durante 3 semanas, tendo-se verificado resolução completa da lesão da menina no final do tratamento (Figura 3A). Por persistência da dermatofitose na mãe, foi prescrita terbinafina oral 250 mg qd, com resolução completa ao fim de duas semanas (Figura 3B).

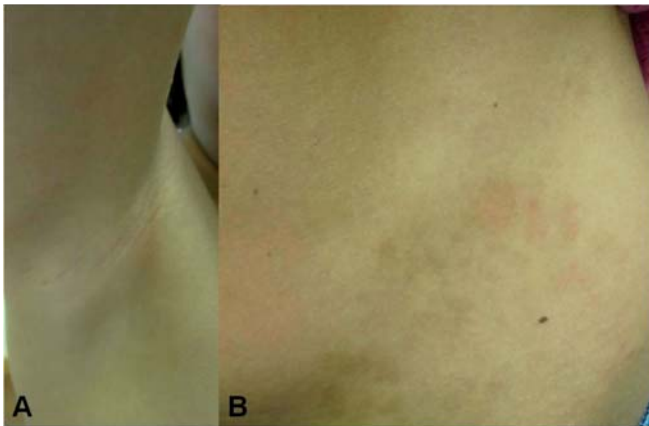


Figura 3 – Resolução completa das lesões cutâneas após tratamento anti-fúngico tópico na menina de 2 anos (A) e após tratamento anti-fúngico oral na mãe (B).

DISCUSSÃO

O termo tinea, ou dermatofitose, refere-se a uma infecção fúngica causada por fungos dermatófitos, os quais se dividem em três géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*.⁽¹⁾ Transmite-se através do contacto directo com lesões infectadas de pessoas ou animais ou de superfícies contaminadas. As dermatofitoses classificam-se de acordo com a principal localização da infecção, sendo os principais padrões clínicos a tinea do couro cabeludo, da pele glabra, da barba, das virilhas, dos pés e das unhas. A apresentação clínica mais frequente caracteriza-se pelo desenvolvimento de placas eritematosas com bordo inflamatório e descamativo, por vezes vesico-bolhoso, com crescimento centrífugo e clareamento central (“impingem”).⁽¹⁻³⁾

A tinea incógnita resulta da modificação de uma dermatofitose após tratamento incorrecto com imunossuppressores, geralmente corticoides tópicos, mascarando as suas características típicas e levando a que a infecção original progrida lentamente.⁽¹⁻³⁾ A corticoterapia tópica reduz o eritema e a infiltração, aliviando a irritação, mas a sua suspensão conduz a um agravamento das lesões cutâneas, o que geralmente leva à aplicação de mais corticoide tópico, resultando na progressão da infecção fúngica. Qualquer agente causador de uma dermatofitose pode causar a tinea incógnita, no entanto, o mais frequente é o *T. rubrum*,⁽¹⁻³⁾ agente identificado nos casos clínicos apresentados. No que respeita à apresentação clínica, comparativamente a uma tinea

não tratada, a tinea incógnita caracteriza-se por um bordo menos descamativo e elevado, maior extensão e menor sensação de irritação.⁽¹⁻³⁾ Podem também estar presentes alterações secundárias causadas pela utilização prolongada de corticoides tópicos, nomeadamente atrofia, estrias, telangiectasias e púrpura. O diagnóstico passa pela realização de um raspado de pele, posteriormente submetido a exame directo ao microscópio (hidróxido de potássio a 10%) e a cultura. O local adequado ao raspado é o bordo activo da lesão, pelo que o ideal é ser realizado alguns dias após a suspensão da corticoterapia tópica, altura em que o bordo se encontra novamente mais eritematoso e infiltrado, permitindo a visualização de mais elementos fúngicos no exame directo e diminuindo o risco de falsos negativos. O tratamento assenta na suspensão da corticoterapia e aplicação de anti-fúngico tópico, excepto nos casos extensos ou com duração superior a três meses ou nas formas inflamatórias e supurativas, em que pode ser necessário recorrer a terapêutica anti-fúngica oral, à semelhança do sucedido no presente caso clínico.⁽³⁾ É também de suma importância a pesquisa de eventuais fontes de contágio e a investigação e tratamento de familiares e conviventes.⁽³⁾

ABSTRACT

A two year-old girl presented with an erythematous scaly patch on the right axilla that had grown centrifugally over the past three months. She had atopic eczema, for which she applied topical corticosteroids during flares. Her mother had a similar lesion on the abdominal wall, and both of them were applying the same topical steroid. Microscopic evaluation and culture of both skin samples confirmed the clinical suspicion of *tinea incognita*. The clinical features, diagnostic procedures and treatment of this pathological entity are discussed.

Keywords: dermatophytosis, superficial fungal infection, tinea incognita.

Nascer e Crescer 2011; 20(4): 288-289

BIBLIOGRAFIA

1. Verma S, Heffernan MP. Superficial Fungal Infection: Dermatophytosis, Onychomycosis, Tinea Nigra, Piedra. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. The McGraw Hill Companies, Inc; 2008. p. 369-72.
2. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. Clin Dermatol 2010; 28:140-5.
3. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, Nicol KA, Chow M, Chaudhry MM. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. Am J Clin Dermatol 2004; 5:225-37.

CORRESPONDÊNCIA

Teresa Pinto-Almeida
teresap.almeida@hotmail.com