IV - Doenças causadas por fungos

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RODRIGUES, DA., *et al.* *Atlas de dermatologia em povos indígenas* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2010. Doenças causadas por fungos, p. 59-80. ISBN 978-85-61673-68-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

IV
DOENÇAS CAUSADAS
POR FUNGOS

1. Tinha (Dermatofitoses) e Granuloma Tricofítico

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

São doenças causadas por fungos denominados dermatófitos que acometem a pele, os pelos e as unhas, e cuja característica é a sua afinidade pela queratina presente nesses locais.

EPIDEMIOLOGIA

São doenças comuns, frequentes em crianças e adultos, acometendo a maioria dos idosos. A transmissão ocorre por contato pessoal, com animais (cães, gatos) ou com a terra.

O agente mais comum é o *Trichophyton rubrum*, que causa as lesões nas unhas, pés e virilha. O *Microsporum canis*, que parasita animais, como o gato (que pode ser portador assintomático, ou seja, não apresentar os sinais da doença) ou o cão (que em geral apresenta lesões com queda de pelo) pode causar lesões na pele do corpo humano.

QUADRO CLÍNICO

Pode atingir qualquer local do corpo, inclusive cabelos e unhas. As doenças recebem nomes de acordo com a área do corpo que atingem: tinha do corpo, tinha do pé, tinha do couro cabeludo, onicomicose (unhas), tinha inguinal (virilha).

No corpo (tinha do corpo), caracteriza-se por lesões com bordas bem definidas, avermelhadas (eritematosas), descamativas (que descascam), em forma anular (lembram um

anel) e que normalmente coçam. Podem ser únicas ou múltiplas (Figuras 25 e 26).

A tinha do pé é muito comum entre os indivíduos que utilizam sapatos fechados, com aumento da transpiração do pé. Pode ocorrer com lesões agudas no vão dos dedos, caracterizadas pelo mau cheiro, maceiração (a queratina se torna esbranquiçada) e coceira. Pode ocorrer também de forma crônica, com descamação seca dos pés.

Quando atinge o couro cabeludo (tinha do couro cabeludo), normalmente apresenta queda de cabelos e descamação na área sem cabelos (alopécia). Essa forma é comum nas crianças (Figura 27).

Nas unhas (onicomicose), inicialmente há descolamento de parte da unha e evolui com engrossamento da lâmina ungueal. Ela fica amarelada e com aspecto poroso (fofo), parecendo unhas grossas.

As regiões inguinal (virilhas) ou crural (coxas) podem ser atingidas, principalmente nos homens (tinha inguinal). Em geral ocorre nos meses mais quentes com o uso de roupas justas e umidade no local. A lesão é eritematosa e descamativa, com prurido intenso no local.

Existe uma forma particular da dermatofitose, na qual o fungo se instala profundamente, provocando uma foliculite e perifoliculite chamada granuloma tricofítico. Clinicamente, a lesão é eritemato-papulosa

ou pápulo-pustulosa, localizada nas extremidades ou na face (Figura 28).

DIAGNÓSTICO

Além do quadro clínico, pode-se fazer o exame micológico direto: faz-se uma raspagem da borda das lesões (com uma lâmina de vidro ou com uma lâmina de bisturi), coloca-se o material raspado numa lâmina de vidro, pinga-se uma gota de solução de KOH (hidróxido de potássio) a 10% e cobre-se com uma lamínula. Depois de uma hora, através do microscópio procuram-se estruturas dos fungos (Figura 29). A cultura para fungos permite determinar

a espécie do fungo. Esse exame é realizado com as escamas da pele, que devem ser colocadas em um meio especial e observadas durante pelo menos quatro semanas.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros).

Quando o quadro for muito extenso ou quando houver tinha do couro cabeludo, é preciso utilizar medicamentos sistêmicos (fluconazol em doses semanais, itraconazol, griseoflúvina, terbinafina).

Figura 25. Tinha do corpo. Lesão descamativa extensa na face posterior do pescoço e dorso.

Figura 26. Tinha do corpo. Lesão descamativa com borda eritematosa na perna.

Figura 27. Tinha do couro cabeludo. Área do couro cabeludo com descamação, crostas e perda de cabelos (alopécia).

Figura 28. Tinha da face. Placa descamativa e eritematosa na face.

Figura 29. Exame Micológico Direto/Dermatófitos/кон 10%. Fotografia cedida pelo dr. Alberto Salebian.

2. Pitiríase Versicolor

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por fungos do gênero *Malassezia*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum que atinge os adultos e excepcionalmente as crianças antes da puberdade. Ela não é tão transmissível como as outras micoses superficiais, sendo mais comum em épocas quentes e úmidas. As lesões tornam-se mais evidentes após exposição ao sol, em decorrência de um contraste de cores, pois o local parasitado não se bronzeia.

QUADRO CLÍNICO

Surgem manchas brancas, eritematosas ou acastanhadas, geralmente arredondadas e com descamação fina. Normalmente atin-

gem costas, peito, pescoço, face, e braços. As lesões não costumam coçar (Figuras 30, 31, 32 e 33).

DIAGNÓSTICO

Além do quadro clínico, pode-se fazer o exame micológico direto, como os realizados para os fungos dermatófitos.

TRATAMENTO

Geralmente, o tratamento com medicações tópicas é suficiente (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros), além do uso de medicações em forma de xampus (cetoconazol, ciclopirox olamina, zinco piritionato, sulfeto de selênio).

Quando o quadro for muito extenso, é possível utilizar medicamentos sistêmicos (fluconazol em doses semanais, itraconazol).

Figura 30. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, na face.

Figura 31. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, na face.

Figura 32. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, no tronco.

Figura 33. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, no braço.

3. Paroníquia

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por fungos do gênero *Candida*, podendo sofrer infecção secundária por bactérias do gênero *Staphylococcus*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, atingindo principalmente adultos que expõem continuamente as mãos à umidade (água).

QUADRO CLÍNICO

Ocorre um inchaço na região periungueal (próxima à cutícula), que inicialmente se torna eritematosa e edematosa. Com o tempo a região torna-se infiltrada ou endurecida (Figura 34). Quando ocorre infecção bacteriana secundária, a região inflama novamente com dor no local e saída de pus. Quando a doença se torna crônica, ocorre uma deformidade da unha, ela fica irregu-

lar, amarelada e espessa. O quadro se parece muito com a onicomicose por dermatófito.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto pode ser realizado, entretanto, quando ocorre infecção secundária, a positividade torna-se mais baixa.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas, na forma de creme, é suficiente. Podem-se usar nistatina ou derivados azólicos (cetoconazol, miconazol, clotrimazol), aplicados duas vezes ao dia, até a cura clínica. A cura da alteração da unha é mais difícil. Quando houver infecção secundária por bactéria, utiliza-se antibioticoterapia local (gentamicina, neomicina, mupirocina, ácido fusídico em creme), podendo ser associada a corticosteroides (associação betametasona com gentamicina, por exemplo).

Figura 34. Paroníquia. Eritema, edema e descamação na região periungueal.

4. Tinha Imbricata

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença muito rara, causada pelo fungo *Trichophyton concentricum*.

EPIDEMIOLOGIA

Essa doença ocorre em regiões tropicais, tendo sido descrita no Parque Indígena do Xingu no passado.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se pela presença de lesões descamativas com disposição concêntrica (em círculos regulares), localizadas no tronco, braços e coxas (Figuras 35, 36 e

37). A apresentação clínica pode ser disseminada.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto pode indicar a presença do fungo. Entretanto, somente a cultura pode definir a espécie fúngica.

TRATAMENTO

O tratamento é feito com as mesmas medicações tópicas utilizadas para os tratamentos das tinhas (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros). Lesões extensas podem ser tratadas com antifúngicos sistêmicos.

Figura 35. Tinha imbricata. Lesão descamativa de formato arredondado na região lombosacra esquerda, na qual a pintura não adere.

Figura 36. *Tinha imbricata*. Lesões descamativas formando círculos concêntricos.

Figura 37. *Tinha imbricata*. Lesões descamativas formando círculos concêntricos.

5. Piedra Preta

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada pelo fungo *Piedraia hortae*.

EPIDEMIOLOGIA

Essa doença ocorre em regiões tropicais, acometendo ambos os sexos e pode ser observada em todas as idades.

QUADRO CLÍNICO

Nota-se o aparecimento de nódulos enegrecidos, de consistência endurecida e bem aderentes (Figuras 38 e 39). Ocorre mais

comumente nos cabelos da região frontal; entretanto, pode acometer também barba, bigode e pelos da região pubiana.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto do pelo parasitado pode fechar o diagnóstico (Figura 40). A espécie fúngica pode ser determinada por meio da cultura para fungos.

TRATAMENTO

O tratamento pode ser feito por meio do corte do cabelo com a retirada dos nódulos.

Figura 38. Piedra preta. Pequenos nódulos enegrecidos aderidos aos cabelos.

Figura 39. Piedra preta. Pequenos nódulos enegrecidos aderidos aos cabelos.

Figura 40. Piedra preta. Pequeno nódulo enegrecido aderido ao fio do pelo (microscopia óptica). Fotografia cedida pela profa. dra. Olga F. Gompertz.

6. Doença de Jorge Lobo

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Trata-se de uma doença de pele e do tecido subcutâneo, causada pelo fungo *Lacazia lo-boi*. Também chamada de “miraip” entre os índios Caiabi.

EPIDEMIOLOGIA

É uma doença rara no mundo, ocorre principalmente na região amazônica, sendo encontrada em indivíduos que frequentam as matas. Há considerável número de casos entre os índios Caiabi. Não se conhece o modo de transmissão, entretanto, entre os Caiabi, acredita-se que a doença foi adquirida no seu território original, fora do Parque Indígena do Xingu (PIX). Casos têm sido descritos em ribeirinhos amazonenses. Como nunca houve um caso novo desde a migração dos Caiabi para o PIX, há mais de quarenta anos, pressupõe-se que a doença provavelmente não se transmite de pessoa para pessoa.

A doença também foi encontrada em algumas espécies de golfinhos.

QUADRO CLÍNICO

Diversos tipos de lesões de pele são observadas: nódulos ou placas (caroços) de cor

avermelhada e de consistência endurecida, assim como lesões atróficas e lesões que lembram cicatrizes (queloides). Úlceras (feridas) podem ser observadas tanto nos nódulos como nas lesões atróficas. As lesões podem atingir qualquer região do corpo, podendo ser únicas ou múltiplas (Figuras 41, 42, 43 e 44). A doença não altera a saúde geral do paciente, a não ser que haja complicações, como infecções por bactérias. A transformação em câncer de pele é rara, mas pode ocorrer.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A confirmação do diagnóstico é feita por exame micológico direto, biópsia da pele e análise microscópica, que demonstram grande quantidade de estruturas fúngicas (Figura 45). Esse fungo não cresce em meio de cultura.

TRATAMENTO

É de difícil tratamento, pois não se conhecem medicamentos eficazes contra essa doença. Em alguns casos, a retirada cirúrgica das lesões pode curar o paciente, principalmente quando realizada precocemente (na fase inicial da lesão e quando há poucas lesões).

Doença de Jorge Lobo.

Figura 41. Placas de aspecto queloidiano no dorso.

Figura 42. Placa de aspecto queloidiano com áreas ulceradas na coxa.

Figura 43. Pápulas e placas de aspecto queloidiano no tronco.

Figura 44. Doença de Jorge Lobo. Placas com centro atrófico, no tronco anterior e braços.

Figura 45. Agente da doença de Jorge Lobo. Múltiplas estruturas fúngicas (coloração de Grocott). Fotografia cedida pela dra. Mílvia M. S. S. Enokihara.

7. Cromoblastomicose

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma micose que afeta a pele e o tecido subcutâneo, causada por um grupo de fungos de coloração escura (fungos demáceos). Dentre eles, o mais comum no Brasil é a *Fonsecaea pedrosoi*.

EPIDEMIOLOGIA

A doença ocorre em países de clima tropical e principalmente em meio rural. O indivíduo contrai a infecção através de um traumatismo da pele, por onde o fungo penetra. Dependendo do estado de imunidade da pessoa o fungo se multiplica no local, causando a infecção.

QUADRO CLÍNICO

A principal manifestação é a presença de pápula ou nódulo que evolui para uma grande placa verrucosa (Figuras 46, 47 e 48). Nota-se a presença de pontos enegrecidos, característicos dessa infecção. A lesão

ocorre de um só lado do corpo, em geral nos membros inferiores (pé ou perna). Pode sofrer infecção secundária por bactéria, evoluindo com mau cheiro.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O exame micológico direto do material, obtido do raspado do ponto enegrecido (colônia fúngica), pode mostrar estruturas fúngicas típicas no microscópio. A cultura para fungos define a espécie do agente etiológico. O exame histopatológico (biópsia de pele) é característico, entretanto, não define a espécie fúngica.

TRATAMENTO

O tratamento é difícil, principalmente nos estágios avançados da doença. Quando a lesão é pequena, ela pode ser retirada por cirurgia. Associam-se antifúngicos por via oral, como itraconazol, cetoconazol, fluconazol, terbinafina ou 5-fluocitosina.

Figura 46. Cromoblastomicose. Placas verrucosas com áreas ulceradas e áreas recobertas por crostas no pé.

Figura 47. Cromoblastomicose. Placas verrucosas na coxa esquerda.

Figura 48. Placas verrucosas recobertas por crostas no pé.

8. Micetoma

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Trata-se de um grupo de doenças infecciosas que acometem a pele e o tecido subcutâneo, e que podem ser causadas por diferentes espécies de bactérias (actinomicetomas endógenos e exógenos) ou por fungos (eumicetomas). Apresentam características clínicas e histopatológicas comuns, apesar de apresentarem etiologias distintas.

EPIDEMIOLOGIA

O actinomicetoma exógeno e o eumicetoma ocorrem mais frequentemente nas regiões de clima quente (regiões tropicais, subtropicais e nos desertos) e são associados às pessoas que têm contato com solo e vegetais (meio rural). Em geral, acometem extremidades, principalmente os pés.

O actinomicetoma endógeno não apresenta essa relação epidemiológica, podendo ser encontrado em qualquer parte do mundo. Pode estar associado a intervenções cirúrgicas.

QUADRO CLÍNICO

Essas doenças, apesar de terem agentes etiológicos diferentes, apresentam semelhanças clínicas e patológicas.

A actinomicose exógena e o eumicetoma se caracterizam por lesões tumorais endurecidas que apresentam microabscessos e fistulas por onde há saída de secreção com

grânulos ou grãos. As lesões habitualmente são unilaterais e de localização preferencial nos membros inferiores, locais mais sujeitos a traumatismos, que são a provável forma de inoculação do agente etiológico (Figura 49). Normalmente não há dor ou sintomas sistêmicos. A actinomicose exógena é causada por bactérias aeróbicas de diferentes espécies (por exemplo, *Nocardia brasiliensis*) e o eumicetoma é causado por diversas espécies de fungos (por exemplo, *Madurella mycetomatis*).

A actinomicose endógena caracteriza-se por fistulas que drenam secreção com grânulos ou grãos e se localizam na região cervicofacial, torácica ou abdominal e são causadas por bactérias anaeróbicas que estão em focos internos (cavidade oral, pulmões, intestinos). Trata-se de uma doença sistêmica, necessitando uma investigação de outros órgãos.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A confirmação diagnóstica é feita pelo exame direto com hidróxido de potássio a 10% (grãos secretados nas fistulas), exame anatomopatológico e/ou cultura para fungos, bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Não se pode descartar o diagnóstico de micetoma se os grãos característicos não forem evidenciados no exame histopatológico, pois muitas vezes eles se encontram na profun-

didade da lesão, necessitando um aprofundamento da exploração da fistula.

TRATAMENTO

A terapêutica medicamentosa deve ser feita de acordo com o agente etiológico:

- actinomicose endógena: antibioticoterapia sistêmica (penicilina G-cristalina, ampicilina, tetraciclina ou eritromicina);
- actinomicose exógena: antibioticoterapia sistêmica (diamino-difenil-sulfona, sulfametoxazol-trimetoprima, rifampicina,

aminoglicosídeos, quinolonas, amoxicilina, tetraciclina ou carbapenems);

- eumicetoma: antifúngicos sistêmicos (cetoconazol, itraconazol, terbinafina, iodeto de potássio, anfotericina-B, voriconazol ou posaconazol).

Procedimentos cirúrgicos podem ser necessários dependendo de cada caso, principalmente quando a lesão é inicial e pequena, pois a exérese completa pode controlar ou curar a doença.

Figura 49. Micetoma. Tumoração endurecida, com fístulas por onde há a saída dos grãos, localizada no tornozelo.