

Localizador
07-044

Avaliação dermoscópica na tinha negra

A tinha negra é uma infecção micótica superficial causada pelo *Phaeoanellomyces werneckii*. A característica clínica da afecção é a presença de uma ou mais máculas hiperpigmentadas, não escamativas, de forma e tamanho variado na região palmar e/ou plantar. O principal emblema da tinha negra é sua confusão com lesões melanocíticas, particularmente melanoma e nevo juncional[1, 2].

Um paciente do sexo feminino, estudante, 16 anos, queixando-se esteticamente de mancha escura na mão esquerda com evolução de três meses. O exame dermatológico descreve a presença na região central da palma esquerda de mácula acastanhada, delimitada, de formato levemente triangular e bordas irregulares (Figura 1). Na história não havia evidências de pigmentação reacional ou exógena. O diagnóstico clínico foi de tinha negra, sendo realizados exame micológico direto e cultura para confirmação (colônia leveduriforme, lisa, brilhante, úmida e de coloração enegrecida). A lesão foi submetida a dermoscopia que revelou uma lesão pigmentar não-melanocítica, de padrão homogêneo, sem formar a rede pigmentar, i.e., sem acompanhar a rede pigmentar cutânea presente nos dermatóglifos (Figura 2).

A tinha negra é uma doença que afeta preferencialmente a região palmar de mulheres abaixo dos 20 anos. Caracteriza-se clinicamente pela presença de uma ou mais máculas de coloração marrom ao negro, de crescimento centrífugo, limites bem definidos, e com ausência ou mínima escamação. O quadro é assintomático, sendo que o paciente procura auxílio médico pelo desconforto estético. O diagnóstico clínico deve ser colaborado com exames complementares a fim de afastar afecções diferenciais, a saber: lesões névicas, melanoma, pigmentação exógena (nitrito de prata, corantes). A confirmação da infecção fúngica faz-se por meio do exame micológico direto que revela hifas demáceas[3].



Figura 1. Lesão maculosa na palma da mão esquerda (tinha negra).

A afecção em si não traz problemas terapêuticos; contudo, como dito, revela importantes diagnósticos diferenciais. Neste ponto, devemos fazer uma análise

crítica quanto ao procedimento clássico realizado na avaliação complementar diagnóstica. Habitualmente, diante um quadro suspeito realiza-se o exame mico-

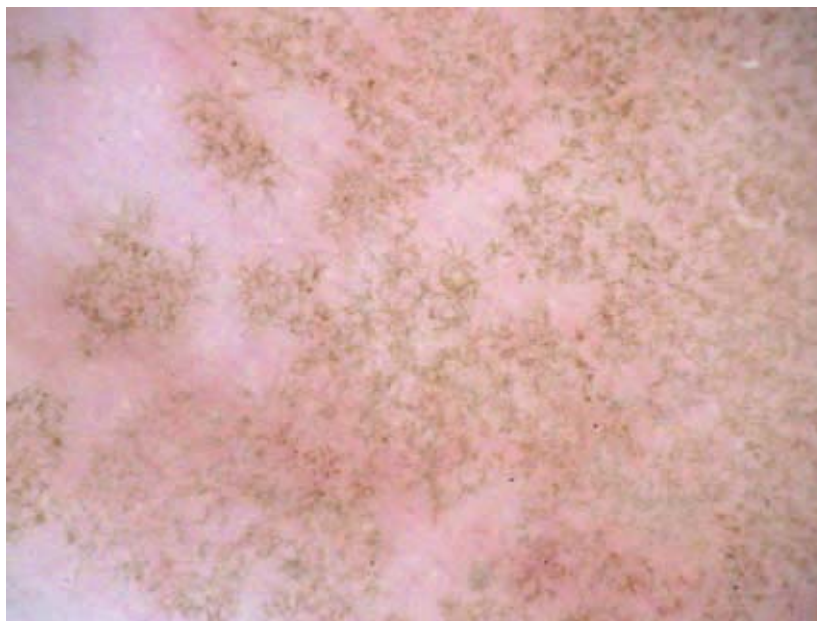


Figura 2. Dermoscopia da lesão pigmentar (aumento de 15x).

lógico direto (EMD) que irá ou não confirmar a hipótese. Entretanto, diante a agilidade e disponibilidade das técnicas atuais, podemos creditar vantagens da dermoscopia na avaliação da tinha negra.

Para muitos pacientes é inerente a necessidade de um rápido tratamento. Por outro lado, a própria análise do EMD pelo dermatologista facilitaria o diagnóstico e manejo. Porém, deparamo-nos com um custo elevado para aquisição de um microscópio.

A dermoscopia já se tornou uma ferramenta comum a inúmeros dermatologistas e sua relação custo-benefício é excelente, devido seu amplo uso na especialidade. No caso em questão a dermoscopia oferece algumas vantagens, a saber: 1) permite uma avaliação do padrão pigmentar sugestivo da infecção micótica (e, sendo assim, confirmando o diagnóstico); 2) oferece recursos diagnósticos para uma pigmentação exógena ou de uma lesão melanocítica (nevo melanocítico, nevo de Baker, melanoma) de acordo com os critérios de Stolz[4].

O padrão dermoscópico na tinha negra é de uma lesão pigmentar não-melanocítica, de padrão homogêneo, sem seguir os padrões da rede pigmentar cutânea (dermatóglifos)[4]. De fato, pode-se observar um padrão pigmentar muito similar a micromorfologia de uma colônia, onde o crescimento fúngico se faz através de filamentos septados e acastanhados. Como pode ser observado na Figura 2, conseguimos distinguir lesões pigmentares filamentosas, de padrão centrífugo, com tendência a confluência; porém, sem haver compactação do pigmento.

Assim, colaborando com o trabalho de Smith et al.[4], conclui-se que a dermoscopia é o método mais simples e rápido no diagnóstico laboratorial da tinha negra, além de permitir adequada diferenciação de outras lesões pigmentares similares.

M. Zanini

Dermatologista e Cirurgião Dermatológico.
Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia

Correspondencia:

M. Zanini
Rua Prefeito Frederico Busch Junior, 124 - Sala 401
Blumenau - Estado de Santa Catarina - Brasil
CEP: 89020-400
Fone/Fax: (55) 47-3326-5326
e-mail: drzanini@terra.com.br

Bibliografia

1. Tseng SS, Whittier S, Miller SR, Zalar GL. Bilateral tinea nigra plantaris and tinea nigra plantaris mimicking melanoma. *Cutis* 1999;64: 265-8.
2. Babel DE, Pelachyk JM, Hurley JP. Tinea nigra masquerading as acral lentiginous melanoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1986;12:502-4.
3. Diniz LM. Estudo de nove casos de tinha negra observados na Grande Vitória (Espírito Santo, Brasil) durante período de cinco anos. *An bras dermatol* 2004;79:305-10.
4. Smith SB, Beals SL, Elston DM, Meffert JJ. Dermoscopy in the diagnosis of tinea nigra plantaris. *Cutis* 2001;68:377-80.

Localizador

06-083

Famciclovir na profilaxia herpética pós-peeling químico

O *peeling* químico, de amplo uso na Dermatologia, pode apresentar diversos efeitos colaterais, dentre eles, a infecção herpética aguda ou sua recorrência (eczema herpético)[1]. Este evento pode ocorrer mesmo naqueles pacientes com história negativa de herpes simples. É estimado que 97% da população geral é portadora do vírus herpes simples; sendo assim, todo procedimento traumático facial (abrasão, *peeling*, laser) deve ser acompanhado de profilaxia anti-herpética[2]. Cabe ressaltar que o *peeling* superficial raramente cursa com esta complicação, mas o médio e, particularmente o profundo, apresentam risco em potencial para o eczema herpético. Este evento é indesejável, pois além de determinar uma recuperação mais prolongada, também confere risco para seqüelas inestéticas (discromias e cicatrizes).

Existem três drogas antivirais (análogos nucleosídicos) efetivas no tratamento e prevenção da infecção do herpes simples, a saber: o aciclovir, valaciclovir

e o famciclovir. Apesar da similar efetividade e segurança, o famciclovir se destaca pelo menor custo, maior biodisponibilidade, meia-vida intracelular mais prolongada e conseqüentemente melhor posologia[3]. A forma ativa do famciclovir é o trifosfato de penciclovir, uma análogo da guanina (análogo purínico). Apresenta atividade contra vários vírus do grupo *Herpesviridae*, como herpes simples 1 e 2, vírus varicela-zoster e vírus Epstein-Barr. A sua cômuda posologia se deve pela maior estabilidade intracelular, aproximadamente 20 vezes maior que o aciclovir, e devido a isto, existe uma inibição viral mais prolongada[4].

Discussão

O autor adotou o famciclovir como droga de escolha na profilaxia herpética para *peelings* químicos médios (Ácido tricloroacético 35%, Jessner associado com ácido tricloroacético 25%) e profundos (Peeling de Baker-Gordon), na dose de 125 mg em duas tomadas, por cinco dias, iniciando no dia anterior ao procedimento. Esta conduta foi realizada em 32 pacientes, todas do sexo feminino, com idade variando entre 39 e 78 anos (Quadro 1).

Apenas duas pacientes queixaram-se de dispepsia, mas não interromperam o tratamento. Três pacientes submetidos ao *peeling* químico desenvolveram eczema herpético, sendo que desses, apenas um apresentava história progressiva de herpes. Nestes casos, a conduta foi aumentar a dose e duração do tratamento: famciclovir 500 mg em duas tomadas diárias por 10 dias. Não ocorreu nenhuma seqüela com boa evolução do quadro. Sobre a questão da recorrência herpética é fato consumado na prática que não apenas a história pessoal de herpes simples deva ser considerada, mas também o *status* clínico e perfil psicológico; pois, este, interfere demasiadamente no estado imunológico.

Quadro 1. Pacientes submetidos ao *peeling* químico com profilaxia herpética com famciclovir

	Peeling medio	Peeling profundo	Total
N.º de pacientes	27	5	32 (100%)
História de herpes facial	3	1	4 (12,5%)
Efeito colateral com Famciclovir	2	0	2 (6,25%)
Eczema herpético	2	1	3 (9,37%)