

lógico direto (EMD) que irá ou não confirmar a hipótese. Entretanto, diante a agilidade e disponibilidade das técnicas atuais, podemos creditar vantagens da dermatoscopia 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 dermatoscopia 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 dermatoscopia 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 dermatoscopia 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, um 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

	<i>Peeling</i> medio	<i>Peeling</i> 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%)

Conclusão

Colaborando com outros autores, este estudo demonstra que o famciclovir é efetivo na prevenção da infecção e recorrência do herpes simples em pacientes submetidos ao *resurfacing* facial. O autor considera o famciclovir como uma excelente opção na profilaxia do eczema herpético pós-peeling. Dos casos acompanhados mais de 90% não apresentou eczema herpético. De acordo com Alster TS et al., o famciclovir é efetivo na prevenção da infecção e recorrência do herpes simples em pacientes submetidos ao *resurfacing* facial[5]. Um dado interessante nesta breve comunicação, é que a baixa dosagem usada de famcicloclir (250 mg/dia) —menor que a preconizado (500 mg a 1.000 mg/d)— foi eficaz e

com baixo índice de efeitos colaterais. Contudo, mais estudos devem ser realizados para se estabelecer a real efetividade desta droga.

M. Zanini

Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Especialista em Dermatologia. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Prêmio Jovem Cirurgião Dermatológico Ival Peres/Brasil

Correspondência:

M. Zanini
Rua Marechal Floriano Peixoto, 245 - Sala 87
Blumenau - SC - 89010-500
Tel./Fax: 47-3326-5326
e-mail: drzanini@terra.com.br

Bibliografia

1. Monheit GD. Facial resurfacing may trigger the herpes simplex virus. *Cosmet Dermatol* 1995;8:9-16.
2. Rendon-Pellerano M, Lentini J, Eaglstein WE, Kirsner RS, Hanft K, Pardo RJ. Laser Resurfacing: Usual and unusual complications. *Dermatol Surg* 1999;25:360-7.
3. Crumpacker C. The pharmacological profile of famciclovir. *Semin Dermatol* 1996;15:14-26.
4. Vere Hodge RA. Famciclovir and penciclovir. The mode of action of famciclovir including its conversion to penciclovir. *Antiviral Chem Chemother* 1993;4:67-84.
5. Alster TS, Nanni CA. Famciclovir prophylaxis of herpes simplex virus reactivation after laser skin resurfacing. *Dermatol Surg* 1999;25:242-6.