

Caso dermatológico

Susana Vilaça¹, Sandrina Carvalho¹, Madalena Sanches¹, Manuela Selores¹

Criança do sexo feminino, com dois anos de idade, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Vive com os pais e uma irmã em meio urbano, com boas condições sócio-económicas. Sem animais domésticos. Segunda a mãe, a criança apresentava uma lesão anular ligeiramente pruriginosa localizada na região vulvar, com quatro semanas de evolução. A criança foi inicialmente observada em Pediatria sendo medicada para uma dermatite irritativa das fraldas. Por aumento progressivo da lesão a criança foi referenciada à consulta de dermatologia (Figura 1).

Ao exame objetivo observava-se uma placa eritematosa, policíclica com centro claro e bordo elevado ocupando toda a área vulvar. O restante exame objetivo era normal.

Qual o seu diagnóstico?



Figura 1

¹ S. Dermatologia, CH Porto, 4099-011 Porto, Portugal
susnavilaca@hotmail.com; carvalhosandrine@gmail.com;
madalnavsanches@gmail.com; dermat@sapo.pt

DIAGNÓSTICO

A observação de uma placa eritematosa anular com centro mais claro e crescimento centrífugo sugere o diagnóstico de uma tinha do corpo.

COMENTÁRIOS

A dermatite irritativa das fraldas é realmente uma das afecções cutâneas mais frequentemente observada em crianças da primeira infância, sobretudo nos países desenvolvidos. Estima-se que afeta entre 25-65% das crianças^(1,2). Embora possa ocorrer em qualquer idade é mais frequente entre os 6 e os 12 meses de idade e clinicamente caracteriza-se por um eritema confluyente de aspeto brilhante, que varia de intensidade ao longo do tempo. Atinge sobretudo as áreas de maior contacto com as fraldas, poupando caracteristicamente as pregas, esboçando uma imagem em “W”. Existem vários fatores que parecem estar implicados na sua fisiopatologia (hiperhidratação, fricção, temperatura elevada, irritantes químicos, a urina e as fezes), podendo por vezes originar quadros clínicos graves, recorrentes e resistentes à terapêutica⁽³⁾. São esses os casos que realmente devem ser referenciados para a Dermatologia. A melhoria na qualidade do material das fraldas têm contribuído nos últimos anos para uma diminuição da dermatite irritativa das fraldas e por essa razão existem várias hipóteses de diagnósticos diferenciais que devem ser colocados, como a dermatite de contacto alérgica, candidose, dermatite seborreica, dermatite atópica, psoríase e as dermatofitoses. A dermatite de contacto alérgica é pouco comum em crianças com menos de dois anos de idade⁽⁴⁾. Clinicamente caracteriza-se por lesões simétricas nas faces laterais das nádegas, padrão em “Lucky Luke” (coldre das pistolas). A candidose é uma infeção fúngica por *Candida albicans*, provocada pelo ambiente húmido e quente da fralda⁽⁵⁾. Caracteriza-se por um eritema vermelho vivo brilhante e lesões em colarete satélites localizadas nas pregas. A dermatite seborreica é mais frequente no 1º mês de vida e geralmente observamos um eritema com descamação, mas ausência de lesões satélites. A dermatite atópica raramente afeta a área das fraldas, no entanto deve ser considerada em crianças com lesões crónicas e história pessoal de dermatite atópica. A psoríase é rara em crianças. O aparecimento de lesões na área da fralda sugere geralmente uma resposta a um traumatismo crónico (fenómeno de Koebner).

Nesta caso em particular, a clínica sugere o diagnóstico de uma dermatofitose. As infeções fúngicas estão entre as doenças infecciosas mais frequentes observadas na prática clínica de um Dermatologista⁽⁶⁾. A constante modificação dos hábitos sociais em meio urbano, como maior acessibilidade a piscinas e balneários, o aumento do número de animais domésticos têm contribuído para um aumento das infeções fúngicas em crianças e adolescentes.

As dermatofitias, ou tinhas, são causadas por fungos que crescem em estruturas queratinizadas da epiderme, cabelos e unhas.

As infeções fúngicas são contagiosas e podem ser transmitidas por contacto direto, pelo solo ou por objetos como por exemplo, pentes, roupas e superfícies de chuveiros ou pisci-

nas. Também podem ser transmitidas pelo contacto com animais domésticos portadores do fungo ou infetados.

A apresentação clínica das dermatofitias varia com a localização anatómica, mas também com o estado imunológico do hospedeiro, fatores ecológicos e epidemiológicos dos dermatofitos. Pode variar desde uma descamação discreta até reação inflamatória exuberante no local da infeção.

As lesões cutâneas de uma tinha do corpo geralmente caracterizam-se por manchas eritematosas, arredondadas, anulares ou policíclicas, de tamanho variável, bem delimitadas e cobertas por descamação branca fina. O bordo geralmente é mais eritematoso e elevado, e as lesões têm geralmente um crescimento centrífugo. O prurido é muito variável.

Apesar do diagnóstico ser clínico, a resposta ao tratamento com antifúngicos corrobora o diagnóstico clínico, que em caso de dúvidas pode ser confirmado por exame microscópico direto e cultura.

Na ausência de tratamento adequado a infeção pode ter uma evolução clínica persistente. O tratamento com antifúngicos **tópicos, como os** triazóis, imidazóis e alilamina, geralmente são eficazes⁽⁷⁾. Os antifúngicos sistémicos (itraconazol, terbinafina), devem ser reservados para casos com lesões extensas e resistentes aos antifúngicos tópicos, com as devidas reservas específicas para este grupo etário.

ABSTRACT

Tinea corporis is a dermatophyte infection of the body. It usually begins as a pruritic circular or oval erythematous scaling patch or plaque that spreads centrifugally. Multiple lesions may run together to produce “flower petal” configurations. Tinea corporis contracted from infected animals is often intensely inflammatory.

The history and clinical picture combination is characteristic, but the diagnosis could be confirmed by KOH (potassium hydroxide) examination of scrapings from the lesions.

Tinea corporis usually responds to the daily application of topical antifungals, but systemic therapy is needed in patients who have failed topical therapy.

We report a case of a two-year old girl with tinea corporis of the vulvar region, initially misdiagnosed as irritant diaper dermatitis.

Nascer e Crescer 2014; 23(1):41-43

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, Franxman JJ, Marrer AM. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. *Pediatr Dermatol* 1986; 3:198-207.
2. Grant WW, Street L, Fearnow RG. Diaper rashes in infancy. *Clin Pediatr* 1973; 12:714-6.

3. Berg RW, Buckingham KW, Stewart RL. Etiologic factors in diaper dermatitis: the role of urine. *Pediatr Dermatol* 1986; 3:102-6.
4. Noble WC. Microbiology of human skin. In: Rook A, ed. *Major problems in dermatology*. 2nd ed. London: Lloyd-Luke Medical Books, 1981; 2:330-1.
5. Leyden JJ. Diaper dermatitis. *Dermatol Clin* 1986; 4:29-8.
6. Seebacher C, Bouchara JP, Mignon B. Updates on the epidemiology of dermatophyte infections. *Mycopathologia* 2008; 166:335-52.
7. Bonifaz A, Saúl A. Comparative study between terbinafine 1% emulsion-gel versus ketoconazole 2% cream in tinea cruris and tinea corporis. *Eur J Dermatol* 2000; 10:107-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Susana Vilaça
Rua D. Manuel II, s/n,
ex-CICAP
4099-011 Porto, Portugal
E-mail: susanavilaca@hotmail.com

Recebido a 27.10.2013 | Aceite a 28.10.2013