

A TINHA FÁVICA NO RIO GRANDE DO SUL (Brasil)

Olga FISCHMAN ⁽¹⁾, R. FABRICIO ⁽²⁾, A. T. LONDERO ⁽¹⁾ e Cecy D. RAMOS ⁽¹⁾

RESUMO

Percorrendo três municípios do interior do Rio Grande do Sul os AA. estudaram clínica e micolôgicamente 54 pacientes, encontrando a micose em focos familiares de Jaguari e Santiago.

Comentam a endemia no Brasil, onde foi introduzida por imigrantes; os fatores epidemiológicos ambientais; o caráter familiar ou esporádico da micose; a sua longa duração; o papel dos familiares como contagiantes; e a possibilidade da existência de focos de favo em outros municípios do Estado e em outros Estados.

INTRODUÇÃO

O favo por *Trichophyton schoenleini* foi assinalado em cinco Estado brasileiros: Minas Gerais, Guanabara, São Paulo ¹³, Santa Catarina ¹⁴ e Rio Grande do Sul ¹⁸.

Em Minas Gerais, descoberto em 1917 por ALEIXO ¹, apresentou-se em casos autóctones ² e, por vêzes, em epidemias familiares ^{5, 16}. Raro nesse Estado, não constitui problema, pois MAGALHÃES ¹⁷ refere-se a 5 isolamentos de *T. schoenleini*, em 46 anos de observação.

Na Guanabara, foi diagnosticado, pela primeira vez, em 1904, por TERRA ²¹, em caso autóctone, entre outros; assinalado mais tarde, em imigrantes ¹⁹ e em nacionais ⁶. É raríssimo, presentemente trazido por imigrantes, pois, GONÇALVES & col. ⁸, em 12 anos de observação, referem-se a um único isolamento de *T. schoenleini*, em estrangeiro.

Em São Paulo, descoberto em 1908, por LINDENBERG ¹², o favo apresentou-se em imigrantes e em casos autóctones ^{9, 10, 12, 20}. CASTRO ⁴ comenta a grande freqüência de dermatofitoses por *T. schoenleini* em casos

autóctones nesse Estado e cita 92 isolamentos dêste dermatófito ^{apud} ¹¹.

Em Santa Catarina, verificado pela primeira vez, em 1962, o favo grassa em três municípios ¹⁴.

No Rio Grande do Sul, foi assinalado em 1928 ³, provavelmente, em imigrantes. Ignorado até 1962, quando MENDES ²⁸ relata a existência de um foco epidêmico em municípios do interior do Estado; FABRICIO & col. ⁷ estudam o cogumelo isolado dos casos de MENDES. Em combinação pessoal, MENDES & CAMPOS, comentam a verificação de casos esporádicos em Erechim e Pôrto Alegre.

MATERIAL E METODOS

Foram percorridos os municípios de Jaguari, Santiago e São Francisco de Assis e colhido o material de 54 pacientes clinicamente suspeitos. As escamas da pele e das unhas foram examinadas coradas pelo Giemsa, sobre lâmina; os cabelos, montados em Goma de Berleza. Do material positivo, ao

(1) Do Instituto de Parasitologia e Micologia da Universidade de Santa Maria. Rio Grande do Sul (Brasil).

(2) Do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade de Santa Maria. Rio Grande do Sul (Brasil).

exame direto, foram feitos cultivos em ágar glicosado de Sabouraud, com cicloheximida e cloroanfenicol e postos a 24°C.

RESULTADOS

Dos 54 pacientes examinados, que residiam em Jaguari e Santiago, 38 apresentavam lesão em evolução e os restantes 16, lesão cicatricial (alopécia típica). A distribuição dos casos é demonstrada na Fig. 1.



Fig. 1 — Número de doentes e sua distribuição por localidades nos municípios de Jaguari e Santiago.

Os dados relativos a 6 pacientes deixam de ser apresentados por estarem incompletos. Dos restantes, 15 eram do sexo masculino e 17, de feminino. Em 25 casos a micose se localizava, exclusivamente, no couro cabeludo; em 6, no couro cabeludo e pele glabra e em 1, no couro cabeludo, pele glabra e unha. Em 28 pacientes as lesões eram típicas e, em 4, atípicas. A distribuição dos doentes por idade atual e inicial da micose está representada na Fig. 2.

Os cultivos do *Trichophyton schoenleini* foram obtidos, na totalidade dos casos; após 3 a 6 dias do plantio era possível, ao exame microscópico, a diagnose do fungo. Os aspectos do cogumelo em parasitismo e em cultura em nada diferiram dos descritos por ROSSETTI²⁰, entre outros.

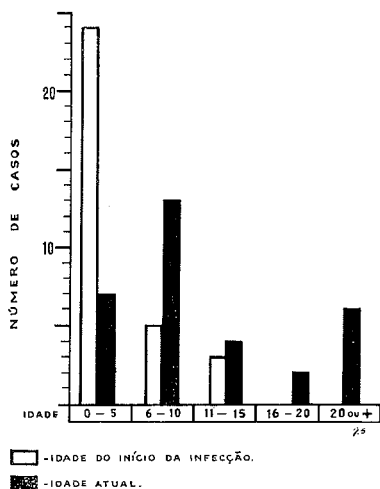


Fig 2 — Distribuição dos 32 pacientes por idade atual e por idade em que foi adquirida a infecção.

COMENTÁRIOS

A tinha fávica não constitui problema em Minas Gerais e Guanabara. É importante problema de Saúde Pública, em São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, onde grassa endêmicamente, em focos familiares. Em Santa Catarina e Rio Grande do Sul êsses focos acantonam-se em certas localidades de municípios do interior do Estado, para onde se dirigiram imigrantes italianos.

Como já assinalara LINDENBERG¹², o favo foi introduzido, no Brasil, por imigrantes. No Rio Grande do Sul e Santa Catarina foi trazido há mais ou menos 70 anos.

A micose é essencialmente familiar no Rio Grande do Sul tal como foi verificado por LONDERO & col.¹⁴, em Santa Catarina. Transmite-se após contato direto e prolongado, sendo adquirida no convívio familiar, geralmente nos primeiros cinco anos de vida. Nos focos familiares, o contagiante é o pai ou outro parente adulto, convivendo na família. Quando adquirido na escola, ou fora do ambiente familiar, o favo é esporádico.

De duração muito longa, nem sempre curando na puberdade, deixando seqüelas típicas, permite um diagnóstico retrospectivo fácil.

A localização é, em sua maior parte, exclusivamente no couro cabeludo, sendo encontrado também na pele glabra e unhas. Quando na pele, as lesões podem estar em regiões afastadas do couro cabeludo e não somente próximas a êle, conforme ROSSETTI²⁰. O sexo não tem influência na distribuição da micose. Em tôdas as famílias onde grava o favo, em sua forma típica, as condições ambientais são idênticas: promiscuidade, pobreza, hábitos higiênicos precários. Ne crença de ser a infecção incurável ou curável espontaneamente, na puberdade, poucas vêzes eram procurados recursos médicos.

Em pessoas de bons hábitos higiênicos, a micose adquiria feição atípica e se confundia facilmente com outras dermatoses, não sendo encaminhados casos para pesquisas em laboratório.

Por essas razões e por não haver publicação dos casos de MENDES & CAMPOS, a micose era dada como inexistente a partir de 1928, no Rio Grande do Sul¹⁵.

A migração dos portadores de favo dos focos da micose dos dois municípios sulriograndenses estudados sugerem a sua disseminação. Sabemos certamente que tal migração se fez, neste Estado, para os municípios de São Luiz Gonzaga e São Francisco de Assis e, fora dêle, para o Paraná e Mato Grosso, onde suspeitamos exista a micose.

Em se tratando de uma tinha de evolução prolongada, mantendo-se além da puberdade e deixando seqüelas antiestéticas e irreversíveis, urge sejam tomadas medidas sanitárias que impeçam sua disseminação.

Quanto ao *T. schoenleini* temos a ressaltar a possibilidade de sua identificação pela micromorfologia da cultura, na primeira semana do plantio.

SUMMARY

Favus by *Trychophyton schoenleini* in Rio Grande do Sul, Brazil.

The AA. searched for the favus in 3 counties of the hinterland of Rio Grande do Sul (Brazil). They study clinically and mycologically 54 patients living in two of these

counties: Jaguari and Santiago, where they verify some familiar foci.

They comment on the endemy in Brazil, introduced by European immigrants (Italians in the South of Brazil), the environmental factors, the familiar or sporadic character of the mycosis, its persistence unto adult life and the parent's role as its spreader.

They call attention to favus as a problem of Public Health in Rio Grande do Sul, Santa Catarina and São Paulo, and suggest the occurrence of other foci due to the migration of infected persons.

REFERENCIAS

1. ALEIXO, A. — Ligeiros apontamentos sobre o diagnóstico clínico do favus. Arq. mineiros Dermatol. & Sifilogr. 2:22-23, 1920.
2. ALEIXO, A. & NEVES, A. — Favus. Brasil-méd. 37:106, 1923.
3. ASSIS, J. D. — Conclusões da tese "Contribuição ao estudo da mycologia do Rio Grande do Sul". Arq. riogrand. Med. 5:17-18, 1929.
4. CASTRO, A. M. — *Achorion gypseum* Bodin, 1907. An. brasil. Dermatol. & Sifilogr. 14:1-4, 1939.
5. CASTRO, O. — Pequena epidemia familiar de favus. Arq. Dermatol. & Sifilogr. 5:30-31, 1923.
6. COSTA jr., A. T. — Tinha fávica. An. brasil. Dermatol. & Sifilogr. 16:359, 1941.
7. FABRICIO, R.; LONDERO, A. T.; FISCHMAN, O. & RAMOS, C. — Sobre o agente etiológico de um foco de favo em Jaguari, no Rio Grande do Sul. Congr. sulriogrand. Hig., 1962.
8. GONÇALVES, A. P.; PEREIRA, M. A. & OLIVEIRA, N. V. — Dermatofitos observados no Departamento de Dermatologia da Policlina Geral do Rio de Janeiro. Brasil-méd. 74:398-401, 1960.
9. GRIECO, V. — Um caso de favus no couro cabeludo. An. paulistas Med. & Cir. 33:360, 1937.
10. GRIECO, V. & CASTRO, M. — Dados sobre o movimento do ambulatório de dermatologia e sifilografia da Santa Casa de Misericórdia durante o ano de 1936. An. Dermatol. & Sifilogr. 1:54-65, 1937.
11. LACAZ, C. S. — Manual de micologia médica. 3.ª ed. São Paulo, Ateneu, 1960.

12. LINDENBERG, A. — Dermatologia e venereologia. Rev. Med. São Paulo 11:119-122, 1908.
13. LONDERO, A. T. — The geographic distribution and prevalence of dermatophytes in Brazil. Sabouraudia 2:108-110, 1962.
14. LONDERO, A. T.; FISCHMAN, O.; RAMOS, C.; MANFREDINI, J. & PORCIUNCULA, A. M. — Estudo das tinhas em Santa Catarina, Brasil. I. Favo por *Thichophyton schoenleini*. Rev. Inst. Med. trop. São Paulo 5:118-119, 1963.
15. LONDERO, A. T.; RAMOS, C. & LAUDA, P. — Os dermatófitos no interior do Rio Grande do Sul. Hospital, Rio de Janeiro 61:161-165, 1962.
16. MAGALHÃES, O. — Ensaio de micologia. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 30:1-55, 1935.
17. MAGALHÃES, O. — Ensaio de micologia. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 56:1-15, 1957.
18. MENDES, J. J. P. — Achado de um foco de tinha favosa no Rio Grande do Sul. Congr. sulriogrand. Hig., 1962.
19. RABELLO, S. — Caso de favus. Bol. Soc. brasil. Dermatol. (2):18-19, 1913.
20. ROSSETTI, N. — Um novo problema sanitário em São Paulo: primeiros resultados de um inquérito sobre tinhas. Rev. Inst. Adolfo Lutz 1:217-303, 1941.
21. TERRA, F. — Favus atípico. Brasil-méd. 18:371-374; 381-383, 1904.

Recebido para publicação em 21 maio 1963.