

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

EMESCAM

CILAS DE ALMEIDA REIS NETO

RODRIGO THEBIT BORTOLON

SILVIA HERINGER DE OLIVEIRA

**FREQÜÊNCIA DA PITIRÍASE VERSICOLOR EM PACIENTES
COM A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ATENDIDOS NA SANTA CASA DE VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO**

Vitória
2008

CILAS DE ALMEIDA REIS NETO

RODRIGO THEBIT BORTOLON

SILVIA HERINGER DE OLIVEIRA

EMESCAM - BIBLIOTECA

**FREQÜÊNCIA DA PITIRÍASE VERSICOLOR EM PACIENTES
COM A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ATENDIDOS NA SANTA CASA DE VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO.**

Trabalho de conclusão de curso de Medicina, com o objetivo de avaliar a freqüência da Pitiríase Versicolor em pacientes com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida atendidos no ambulatório de Dermatologia em conjunto com o ambulatório de Clínica Médica da Santa Casa de Vitória, orientado pela Dra. Lucia Martins Diniz - Professora Assistente do Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Vitória
2008

CILAS DE ALMEIDA REIS NETO

RODRIGO THEBIT BORTOLON

SILVIA HERINGER DE OLIVEIRA

**FREQÜÊNCIA DA PITIRÍASE VERSICOLOR EM PACIENTES
COM A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ATENDIDOS NA SANTA CASA DE VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO,
NO PERÍODO DE FEV. 2007 - 2008**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em 01 de Julho de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.(a) Karina Demuner Abreu
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Prof.(a) Alberto de Paula Nogueira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Prof.(a) Maria Luiza Fregonazzi Tavares
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

RESUMO

Fundamentos: Pitiríase versicolor é micose superficial, causada pela levedura *Malassezia* sp. Reveste-se de importância, devido à grande frequência e ao impacto psicológico que acarreta aos pacientes. Descrevem-se fatores predisponentes em sua manifestação clínica, tais como: a desnutrição, uso de anticoncepcionais orais, imunodepressão (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA), cremes hidratantes e hiperhidrose.

A SIDA caracteriza-se por importante depressão da resposta imune celular, o que contribui no aparecimento de inúmeras infecções oportunistas dermatológicas e sistêmicas.

Objetivo: Verificar se a imunodeficiência promovida pelo vírus da SIDA predispõe ao aparecimento da pitiríase versicolor.

Métodos: Estudo prospectivo, caso-controle, sendo os casos os pacientes HIV positivos com $CD4^+$ abaixo de 400 células/mm³ e, os controles, os pacientes atendidos aleatoriamente no ambulatório de Dermatologia. Todos os pacientes foram submetidos ao exame dermatológico para a verificação de pitiríase versicolor.

Resultados: 53 pacientes HIV positivos fizeram parte do grupo de casos e 57 pacientes do grupo controle. A mediana de idade foi de 44 anos para o grupo controle e 43 anos para os pacientes HIV positivos. O sexo masculino foi mais frequente no grupo soropositivo (52,8%) e o feminino no controle (71,9%). Apresentavam pitiríase versicolor dois pacientes no grupo de casos e nove pacientes no controle (OR=4,18; $p=0,05$). No grupo HIV, seis pacientes (11,3%) tinham $CD4^+$ abaixo de 100 células/mm³, 11 pacientes (20,8%) entre 100 e 200 células/mm³, e 36 pacientes (67,9%) entre 200 até 400 células/mm³.

Conclusão: Neste estudo não houve predisposição da imunodeficiência do HIV no aparecimento da Pitiríase Versicolor.

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1:</i> Distribuição dos pacientes dos grupos HIV positivo e controle segundo a idade	15
<i>Tabela 2:</i> Distribuição dos pacientes dos grupos HIV positivo e controle nas variáveis: sexo, raça e procedência	15
<i>Tabela 3:</i> Frequência da PV nos grupos HIV positivo e controle	16
<i>Tabela 4:</i> Características clínicas e epidemiológicas da PV nos grupos HIV positivo e controle	17
<i>Tabela 5:</i> Perfil sorológico dos pacientes do grupo HIV positivo	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
3 PROPOSIÇÃO	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 RESULTADOS	15
6 DISCUSSÃO	19
7 CONCLUSÃO	21
8 REFERÊNCIAS	22
9 ANEXOS	25

1. INTRODUÇÃO

A Pitíriase versicolor é micose superficial freqüente no Brasil. Em estudos de revisão bibliográfica é citada sua grande associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença infecciosa que vem alcançando grandes proporções no mundo, inclusive no Brasil.

Por isso os autores realizaram um estudo para verificar se existe uma relação entre a Pitíriase versicolor e a infecção pelo vírus da Imunodeficiência adquirida, visto que o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória apresenta ambulatórios especializados nas áreas de Dermatologia e Doenças Infecciosas.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pitiríase versicolor (PV) é micose superficial estrita, causada por levedura lipofílica, *Malassezia* sp, habitualmente encontrada na pele e couro cabeludo. Trata-se de doença de grande importância, devido não só à grande frequência de casos que são diagnosticados em clínicas dermatológicas, mas também, ao impacto psicológico que a mesma acarreta aos pacientes que por ela são afetados.¹

Popularmente conhecida como “pano branco” ou “micose de praia”, refere-se à dermatomicose superficial de ocorrência universal, com maior frequência nas regiões de clima quente e úmido.^{2, 3, 4}

A pitiríase versicolor tem como agente etiológico o fungo sapróbio lipofílico, do gênero *Malassezia*, oportunista, encontrado habitualmente no couro cabeludo e áreas da pele com maior concentração de glândulas sebáceas, tais como: pescoço, regiões anterior e posterior do tórax e proximal de membros superiores. Em 92% da população geral a *Malassezia* faz parte da flora cutânea, sem determinar sinais e sintomas da doença.²

Não há predileção por sexo ou raça, porém é mais freqüente na pós-puberdade (período de maior atividade das glândulas sebáceas) e, menos comum nos extremos etários.^{2,4}

Fatores ecológicos, tais como: temperatura e umidade relativa do ar elevadas, precárias condições sócio-econômicas e de higiene constituem condições e fatores ótimos para a dispersão fúngica e seu desenvolvimento na pele humana.^{2,4}

Alguns fatores são considerados predisponentes e contribuem para a manifestação desta doença, tais como: desnutrição, uso de anticoncepcionais orais, imunodepressão (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA), cremes hidratantes e hiperhidrose.^{4,5}

São conhecidas sete espécies de *Malassezia* (*M. furfur*, *M. pachydermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. slooffiae* e *M. restricta*), porém apenas as espécies *M.globosa*, *M. sympodialis*, *M. furfur* e *M. slooffiae* podem determinar a pitiríase versicolor.⁶

Clinicamente a pitiríase versicolor se caracteriza pela presença de manchas, inicialmente arredondadas, que podem confluir, hiper ou hipocrômicas, de limites

precisos, com aparecimento de escamas furfuráceas ao se esticar distalmente a pele (sinal de Zileri) ou ao se atritar com a unha ou a cureta (sinal da unha).^{2,3,4}

O diagnóstico é clínico, mas pode ser auxiliado pelo emprego da lâmpada de Wood, exame micológico direto e histopatológico.^{3,4}

À lâmpada de Wood, as lesões descamativas assumem a fluorescência amarelo-ouro ou róseo-dourada, mais evidente quando determinada pela *Malassezia furfur*.³

O exame micológico das escamas obtidas das manchas após clarificação com hidróxido de potássio a 10% permite o encontro de pseudofilamentos curtos, grossos, sinuosos e blastosporos arredondados, dispostos de forma semelhante a cacho de uva.^{1,2} A histopatologia revela abundantes esporos e pseudofilamentos no estrato córneo, basofílicos pela hematoxilina-eosina e PAS positivos.^{3,4}

O tratamento preconizado é muito efetivo, no entanto, a doença tem caráter crônico se não tratada e recidivante, podendo ocorrer em média, quatro episódios anuais, quando se deve avaliar a necessidade de tratamento profilático.^{4,5}

Nas formas localizadas o tratamento tópico é eficaz, sendo geralmente realizado com os derivados imidazólicos durante três a quatro semanas.^{2,3}

Nas formas difusas podem ser utilizados os antifúngicos tópicos: sulfeto de selênio a 2,5% em xampu ou hipossulfito de sódio a 25% por quatro semanas. Ou ainda, os antifúngicos sistêmicos, derivados imidazólicos orais, que também são utilizados nas formas recidivantes, tais como: cetoconazol, itraconazol e fluconazol.^{2,3,5}

Independente do tratamento, a despigmentação pode durar vários meses; a hipocromia se deve à síntese de ácidos dicarboxílicos pela levedura, a partir de lípidos existentes na pele, que inibem a reação dopa-tirosinase, causando diminuição da produção de melanina ou, à ação tóxica direta sobre os melanócitos, enquanto que a hiperpigmentação se deve a um aumento do tamanho, alterações da distribuição e incremento na multiplicação dos melanossomos na epiderme.³

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) pode ser considerada a maior pandemia do século XX. O quadro do complexo relacionado à AIDS é definido como síndrome constitucional, que traduz a doença, caracterizando-se por febre de origem obscura (acima de 30 dias), perda ponderal involuntária (acima de 10% do peso corporal), diarreia crônica (acima de 30 dias) e algumas alterações laboratoriais ($CD4^+$ abaixo de 200mm^3).⁷

Clinicamente pode ser definida pela presença de infecções oportunistas, por manifestações neoplásicas e por afecções determinadas pelo próprio HIV, que aparecem quando a imunodepressão é intensa, representando o estágio final da doença.⁷

Em 1997 foram definidos os seguintes critérios que orientam para o diagnóstico da AIDS/SIDA:⁷

I - Infecções bacterianas:

- a) Pneumonia bacteriana recorrente (\geq dois episódios em 12 meses);
- b) Septicemia recorrente por *Salmonella* (não tifóide).

II – Infecções por micobactérias:

Tuberculose extrapulmonar;

Tuberculose pulmonar;

Infecção disseminada por *Mycobacterium avium*.

III – Infecção por fungos:

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;

Candidíase de esôfago, traquéia, brônquios e pulmões;

Criptococose extrapulmonar;

Coccidioidomicose extrapulmonar.

IV – Infecção por protozoários:

Toxoplasmose de órgãos internos;

Criptosporidiose com diarreia acima de um mês;

Isosporíase com diarreia acima de um mês.

V – Infecção por vírus:

a) Herpes simples com úlcera mucocutânea acima de um mês, ou esofagite, bronquite, pneumonite.

b) Citomegalovirose que não no fígado e órgãos linfáticos.

c) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.

VI – Neoplasias oportunistas:

Sarcoma de Kaposi;

Linfoma não Hodgkin primário do Sistema Nervoso Central;

Linfoma não Hodgkin (Burkitt ou centroblástico/imunoblasto).

VII – Laboratorialmente a AIDS é definida pela contagem de $CD4^+$ abaixo de 200mm^3 num paciente com HIV positivo.

O agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), pertencente à família retroviridae; seu ácido nucléico é formado por RNA e por meio da ação da enzima transcriptase reversa, que se integra ao núcleo das células CD4⁺, pervertendo a maquinaria celular a seu favor, replicando-se e destruindo a célula hospedeira.⁷

Em decorrência da constante batalha entre o vírus e o sistema autoimune, os linfonodos e o timo se esgotam, havendo dificuldade para reposição de células CD4⁺ na circulação sanguínea.⁷

O tempo médio para o surgimento da AIDS após a infecção pelo HIV é de dez anos, sendo este tempo proporcional à quantidade de vírus detectados na corrente sanguínea.⁷

O principal mecanismo de transmissão é o contato por relacionamentos heterossexual e homossexual. Também, o HIV pode ser transmitido por sangue e derivados (usuários de drogas endovenosas principalmente), transmissão perinatal, exposição acidental ao HIV envolvendo materiais perfuro-cortantes.

O diagnóstico sorológico apresenta sensibilidade e especificidade superior a 99,5%, sendo os seguintes:⁷

- a) Teste sorológico de triagem: Elisa ou Ensaio Imunoenzimático.
- b) Testes sorológicos confirmatórios: Reação de Imunofluorescência Indireta, Reação de Imunoeletrotransferência (Western-Blot) e Detecção de ácidos nucléicos do HIV-1.
- c) Testes de monitoramento da infecção do HIV: quantificação de subpopulação de linfócitos (contagem de CD4⁺ e CD8⁺) e quantificação do RNA do HIV-1 (carga viral). Este acompanha a velocidade de destruição do vírus pelo sistema imune.

Pacientes com níveis de CD4⁺ abaixo de 200 células/mm³ têm maior probabilidade de desenvolverem infecções oportunistas; paralelamente, indivíduos com níveis de carga viral acima de 50 a 100 mil cópias/ml apresentam rápida deterioração do sistema imune e do quadro clínico.⁷

Em torno de 80% dos pacientes HIV positivos desenvolverão uma ou mais doenças de pele no decorrer da evolução da SIDA.⁸

A utilização de esquemas com medicamentos anti-retrovirais altamente eficazes, determinou mudanças na apresentação e evolução das dermatoses em infectados pelo vírus HIV, observando-se desaparecimento de lesões cutâneas ou mesmo

prevenindo o surgimento de doenças oportunistas mais graves, resultado da recuperação parcial do sistema imunológico.^{9,10}

Desta forma, realizou-se um estudo com o objetivo de avaliar se há ou não efeito causal da imunossupressão do vírus da imunodeficiência adquirida no aumento da frequência de pitíriase versicolor, em pacientes com CD4⁺ abaixo de 400 mm³.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

- Determinar a frequência da Pitíriase Versicolor no paciente com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Correlacionar a frequência da Pitíriase Versicolor no paciente com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e no paciente sem imunodepressão ao HIV.
- Estabelecer se a imunodeficiência promovida pelo HIV predispõe ao aparecimento da Pitíriase Versicolor.

4 METODOLOGIA

O estudo foi realizado em cooperação com dois serviços médicos: ambulatórios de clínica médica e de dermatologia, na Santa Casa de Misericórdia de Vitória, durante o período de fevereiro de 2007 a janeiro de 2008.

Nos ambulatórios de clínica médica, específicos no atendimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, foram convidados 50 pacientes com $CD4^+$ abaixo de 400 células/ mm^3 a participar do estudo. Foi realizado o exame dermatológico de todo o tegumento, para a verificação da existência de pitíriase versicolor e preenchida ficha padrão. Dos que apresentaram esta micose superficial, foi completada ficha com dados sobre a doença e feita coleta de pequena quantidade de escamas das manchas, para confirmação do diagnóstico, através de exame micológico direto.

Nos ambulatórios de dermatologia foram convidados aleatoriamente, 50 pacientes (controles), para participar do estudo. Foi realizado o exame dermatológico de todo o tegumento, para a verificação da existência de pitíriase versicolor e preenchida ficha padrão. Dos que apresentaram esta micose superficial, foi completada ficha com dados sobre a doença e feita coleta de pequena quantidade de escamas das manchas, para confirmação do diagnóstico, através de exame micológico direto.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os pacientes/controles:

- Pacientes atendidos nos ambulatórios do Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Vitória.
- Pacientes atendidos nos ambulatórios da Clínica Médica, com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e $CD4^+$ abaixo de 400 células/ mm^3 .
- Pacientes adultos acima de 18 anos de idade.
- Pacientes que concordaram em participar do estudo.

E como critérios de exclusão de controles/pacientes foram adotados os seguintes:

- Pacientes que não aceitaram participar do estudo.
- Pacientes abaixo de 18 anos de idade.
- Pacientes portadores do vírus HIV com $CD4$ acima de 400 células/ mm^3 .

Caso na inspeção da pele fosse verificada a existência de manchas da micose superficial, foram anotados os seguintes dados relativos à pitíriase versicolor: cor, localização e sintomas das manchas, história prévia da doença, tratamentos

anteriores, doenças associadas e uso de medicações para seu controle, história familiar e hábito de aplicação de hidratantes na pele.

Em seguida, foi coletada pequena quantidade de escamas das manchas da pele, com lâmina de bisturi estéril, desprezada em recipiente próprio, após sua utilização. O material foi guardado entre lâminas de vidro de microscópio, até sua leitura.

O micológico direto consiste em colocar uma gota de hidróxido de potássio no material coletado, na lâmina de vidro, sobre esta se coloca uma lamínula de vidro e procede-se à leitura ao microscópio óptico, com o encontro da levedura, que aparece em forma de blastosporos em cacho de uva e pseudofilamentos curtos, grossos e sinuosos, caracterizando o gênero *Malassezia* sp., e confirmando-se o diagnóstico clínico.

Todos os pacientes/controles com pitiríase versicolor foram tratados com hipossulfito de sódio em solução aquosa a 20%, em aplicação nas áreas afetadas, após banho da noite, durante trinta dias. Estes foram submetidos à revisão, após o término da medicação, e feita coleta de novo material para exame micológico direto, no sentido de se verificar a eficácia terapêutica.

5 RESULTADOS

Foram estudados 110 pacientes, sendo 53 pertencentes ao grupo de pacientes com HIV positivos e 57 pacientes ao grupo controle.

Nos pacientes HIV positivos, a idade variou de 20 a 64 anos, sendo a mediana de 43 anos; houve discreto predomínio do sexo masculino (52,8%) sobre o sexo feminino (47,2%); quanto à raça 25 pacientes (47,2%) eram brancos; e 98,1% dos pacientes eram do Espírito Santo. – São observados os dados referentes a idade em HIV positivos na tabela 1 e na tabela 2 referente a sexo, raça e procedência.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes dos grupos HIV positivo e controle segundo a idade.

	HIV Positivo	Controle
Média	44,42	44,16
Mediana	43,00	44,00
Desvio Padrão	11,35	16,56
Mínima	20	18
Máxima	64	80
TOTAL	53	57

Tabela 2: Distribuição dos pacientes dos grupos HIV positivo e controle nas variáveis: sexo, raça e procedência.

		HIV Positivo		Controle	
		Nº	%	Nº	%
Sexo	Masculino	28	52,8	16	28,1
	Feminino	25	47,2	41	71,9
Raça	Branca	25	47,2	27	47,4
	Parda	15	28,3	15	26,3
	Negra	13	24,5	15	26,3
Procedência	Espírito Santo	52	98,1	51	89,5
	Outros	1	1,9	6	10,5
TOTAL		53	100,0	57	100,0

A Pitíriase Versicolor foi diagnosticada clinicamente no grupo HIV positivo em dois pacientes (3,8%), e em nove pacientes (15,8%) no grupo controle (Tabela 3).

Tabela 3: Freqüência da PV nos grupos HIV positivo e controle.

Presença de PV	HIV Positivo		Controle		P
	Nº	%	%	Nº	
SIM	2	3,8	15,8	9	0,05
NÃO	51	96,2	84,2	48	
TOTAL	53	100,0	100,0	57	

Obs: PV (Pitíriase Versicolor); $p \leq 0,05$ estatisticamente significante.

Os dois pacientes do grupo HIV positivo apresentaram comprometimento na região torácica, enquanto no grupo controle, três pacientes (33,3%) apresentaram lesões no tórax, dois pacientes (22,2%) nos braços e quatro pacientes (44,4%) apresentaram lesões disseminadas.

Nenhum paciente do grupo HIV positivo apresentava história prévia de pitíriase versicolor, mas seis pacientes (66,7%) do grupo controle referiam outros episódios da doença. História familiar de pitíriase versicolor foi negativa no grupo HIV positivo e em dois pacientes (22,2%) do grupo controle.

As características clínicas e epidemiológicas da PV nos grupos HIV positivo e controle podem ser observadas na tabela 4.

Tabela 4: Características clínicas e epidemiológicas da PV nos grupos HIV positivo e controle.

<i>Características da PV</i>		HIV Positivo		Controle		<i>p</i>
		N°	%	N°	%	
Cor						
	Hipocrômica	2	100	9	100	
Localização						
	Tórax	2	33,3	3	33,3	
	Braço	0	22,2	2	22,2	
	Difusa	0	44,4	4	44,4	
História Prévia						
	Sim	0	66,7	6	66,7	0,182
	Não	2	33,3	3	33,3	
História Familiar						
	Sim	0	22,2	2	22,2	1,00
	Não	2	77,8	7	77,8	
Uso de Hidratante						
	Sim	0	11,1	1	11,1	0,345
	Não	2	88,9	8	88,9	
Sintomatologia						
	Prurido	1	55,6	5	55,6	
	Queimação	0	11,1	1	11,1	
	Ausência	1	33,3	3	33,3	
TOTAL		2	100	9	100	

Obs.: $p \leq 0,05$ estatisticamente significativa

Em todos os pacientes com pitíriase versicolor observaram-se lesões hipocrômicas, e, à microscopia óptica das escamas colhidas sobre a lâmina por raspado com bisturi de lâmina fria demonstraram *Malassezia* sp.

O tempo de diagnóstico de HIV dos pacientes até a consulta clínica para pesquisa de Pitíriase Versicolor variou de poucos dias a mais de dez anos.

Laboratorialmente, seis pacientes (11,3%) apresentaram contagem de células de CD4⁺ abaixo de 100 células/mm³, 11 pacientes (20,7%) apresentaram contagem de células de CD4⁺ entre 100 até 200 células/mm³, e 36 pacientes (68%) apresentaram contagem de células de CD4⁺ entre 200 até 400 células/mm³ – (Tabela 5).

Tabela 5: Perfil sorológico dos pacientes do grupo HIV positivo.

	HIV positivo	
	Nº	%
Tempo de soro-positividade (anos)		
0-5	31	58,5
5-10	15	25,3
>10	7	13,2
Contagem de células T CD4⁺		
< 100	6	11,3
100 até 200	11	20,8
200 até 400	36	67,9
TOTAL	53	100

6 DISCUSSÃO

No Brasil, desde o início da epidemia, a SIDA repercute mais no sexo masculino, porém este padrão vem se alterando, com o aumento de casos em mulheres. A relação sexo masculino/feminino, que em 1985 era de 25/1, passou em 1996 para 3/1 e em 1997 para 2/1.^{11,12}

No grupo HIV positivo do estudo houve discreta freqüência do sexo masculino (53%) em relação ao feminino (47%). No grupo controle a população masculina correspondeu a 28%, enquanto a feminina a 72%. Esta diferença ocorreu porque o grupo controle foi composto de freqüentadores do ambulatório geral de dermatologia, talvez porque seja uma especialidade a qual as mulheres consultam mais freqüentemente o médico.

Muitas doenças dermatológicas têm sido associadas à infecção pelo HIV ou SIDA.^{13,14} Elas atingem mais de 90% dos pacientes em alguma fase de sua evolução.² No estudo foi observado que 83% dos casos do grupo HIV positivo apresentaram dermatoses e 17% não tinham acometimento cutâneo.

A levedura *Malassezia* sp é também citada como sendo altamente freqüente nos pacientes com dermatite seborréica.^{15,16} Esperava-se, portanto, que a pitíriase versicolor tivesse sua freqüência elevada nos pacientes imunodeprimidos pelo HIV, devido à alta freqüência de dermatite seborréica nestes pacientes, entretanto no estudo esta correlação não ocorreu.

A pitíriase versicolor foi diagnosticada em 3,8% dos pacientes HIV positivos/SIDA, freqüência inferior à da população imunocompetente do grupo controle (16%), que foi estatisticamente significativa ($p=0,05$).

Munoz-Perez encontrou 6% dos pacientes HIV positivos com PV.¹⁷ Também cita que o acometimento cutâneo da PV é semelhante em pacientes HIV negativo e positivo, podendo ser mais extensa neste grupo de pacientes. No estudo dois pacientes apresentavam a PV de forma localizada.⁸ Faergemann cita em um artigo de revisão da PV sua maior predisposição nos pacientes imunodeprimidos.¹⁸

Em relação à história progressiva de dermatite seborréica, esta se mostrou freqüente nos dois grupos, predominando no grupo HIV positivo ($p=0,182$).

Verificou-se que a baixa imunidade celular (todos os pacientes apresentavam linfócitos T CD4⁺ abaixo de 400 células/mm³, caracterizando a imunodepressão) não foi fator importante na disseminação de *Malassezia* sp nos pacientes HIV positivos estudados.

O exame micológico direto dos pacientes que apresentaram pitíriase versicolor foi positivo, comprovando a presença da *Malassezia* sp.

Segundo Munoz – Perez e colaboradores¹⁷, a xerose cutânea foi comum (19%) e associada ao estágio tardio do HIV (CD4⁺ abaixo de 400 células/mm³). No estudo, foi observada a ocorrência de xerose cutânea em 20,8% dos casos no grupo HIV⁺ (11 pacientes), possivelmente, comportando-se como fator protetor, uma vez que a *Malassezia* sp é levedura lipofílica, ou seja, tem preferência por pele seborréica.²

Elmets¹⁹ em 2006, ao realizar estudo epidemiológico nos Estados Unidos da América, observou que quase 80% dos pacientes HIV positivos desenvolveram uma ou mais doenças de pele. No estudo foram encontradas no grupo infectado pelo HIV outras desordens cutâneas, tais como: dermatite seborréica (9,4%), piodermite (9,4%), dermatovirose (11,3%), micoses superficiais (3,8%), dermatovirose e micose superficial (5,7%), cloasma (5,7%), xerose cutânea (20,8%), farmacodermia (11,3%), sarcoma de Kaposi (1,9%), escabiose (1,9%), ceratose actínica (1,9%).

De acordo com Elmets¹⁹, a maioria das dermatomicoses superficiais nos HIV positivos, responde bem aos agentes antifúngicos tópicos, até mesmo em pacientes com profunda redução nas células T CD4⁺, fato comprovado no estudo, pelo sucesso da terapêutica nos pacientes que possuíam Pitíriase Versicolor.

Miranda e colaboradores²³ estudando a frequência do fungo na população geral, citaram que lesões causadas por *Malassezia* sp foram encontradas, predominantemente, no tronco (34,7%) e no dorso (32,6%). No estudo, a localização da Pitíriase Versicolor prevaleceu no grupo HIV positivo entre dorso e tórax (100%), enquanto que no grupo controle variou entre tórax (33,3%) e braços (22,2%), pois se trata de uma levedura lipofílica com predileção por áreas oleosas, fato explicado pela elevada densidade de glândulas sebáceas nesta área, o que preenche o requerimento de ácidos graxos exigidos pelas leveduras lipofílicas como a *Malassezia* sp.²

7 CONCLUSÕES

- A frequência de Pitíriase Versicolor nos pacientes HIV positivos e no grupo controle mostrou maior porcentagem desta doença dermatológica no grupo controle (15,8%), do que no grupo de imunodeficientes (3,8%), com significância estatística ($p=0,05$).
- A utilização de medicamentos antiretrovirais altamente eficazes determina alterações na apresentação e evolução das dermatoses em infectados pelo vírus HIV.
- No estudo, não houve correlação da imunossupressão desencadeada pelo vírus com aumento do número de casos de pitíriase versicolor.
- A doença não se mostrou mais frequente e nem mais agressiva nos imunodeprimidos pelo HIV, não havendo correlação, e isso pode dever-se ao fator protetor da terapia antiretroviral na prevenção dessa dermatomicose superficial.
- Portanto, salienta-se a importância e o benefício do emprego do esquema antiretroviral, não só na qualidade de vida do doente, como na prevenção de inúmeras infecções oportunistas cutâneas e sistêmicas, resultado da recuperação parcial do sistema imunológico.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SODRÉ CT, ASSIS TL, AZULAY RD. An bras Dermatol, **Pitiríase versicolor – Atualização bibliográfica**. 1992; n.67, v.4, p. 159-166
2. SAMPAIO SAP, RIVITTI EA. **Micoses superficiais**. IN: DERMATOLOGIA. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 2001, p. 526-9.
3. AZULAY MM, AZULAY DR. **Micoses superficiais**. IN: AZULAY E AZULAY. Dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999, p. 273-4.
4. FAERGEMANN J., **Pityrosporum yeasts-what's new?**. MYCOSES. 1997; v.40 Suppl 1, p. 29-32. Review.
5. GUPTA AK, et al. **Pityriasis versicolor**. Dermatologic Clinics. 2003; v.21, p. 413-29.
6. SCHLOTTFELDT, F.S. et al. **Reclassification of Malassezia species: a review of its clinical and laboratory significance**, J. Bras. Patol. Med. Lab. 2002; p.38
7. KASPER DL, et al. 16ª ed. Rio de Janeiro, RJ. **Doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana**. Harrison Medicina Interna. McGraw – Hill Interamericana do Brasil Ltda. 2006, p. 1130-96.
8. ELMETS CA; **Management of common superficial fungal infections in patients with AIDS**. J Am Acad Dermatol. 1994; v.31 (3 Pt 2), p. 560 – 3
9. JONSON RA. **Human Immunodeficiency Virus disease in the era of HAART: a reevaluation of the cutaneous manifestations**. Current Clinical Tropical Infectious Disease. 1999; v.19, p. 252 - 86.
10. CARDOSO, F., RAMOS, E., LOBO, M.; **Dermatoses em indivíduos infectados pelo vírus HIV com diferentes graus de imunossupressão**. An Bras Dermatol; 2002, v.77, p. 669-80.

11. SCHECHTER M, MARANGONI DV. **Doenças Infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica.** 1ª edição. Ed. Guanabara Koogman 1994; v.20, p.423.
12. VERONESI R, FOCACCIA R, LOMAR AV. **Retrovíroses Humanas HIV/AIDS: etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção.** Epidemiologia. 1ª edição. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000; v.4, p.33.
13. FRADE MAC, et al. **Prurido e AIDS.** An bras Dermatol 1998; n.73, v. 4, p. 299-305.
14. BRASIL.Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS** ano XI nº 1- Semana Epidemiológica 49/97 a 08/98, 1998.
15. MATHES BM, DOUGLAS MC. **Seborrhoeic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome.** J Am Soc Dermatol 1985; n.13, p.947-951.
16. MCGINLEY KJ, et al. **Quantitive microbiology of the scalp in non-dandruff, dandruff and seborrhoeic dermatitis.** J Invest Dermatol. 1975; n.64, p.401.
17. MUÑOZ-PÉREZ M. A, et al. **Dermatological findings correlated with CD4 lymphocyte counts in a prospective 3 years study of 1161 patients with human immunodeficiency virus disease predominantly acquired through intravenous drug abuse.** British Journal of Dermatology. 1998; n.139, p. 33-39.
18. FAERGEMANN MDJ. **Antibodies to Pityrosporum orbiculare in Patients with Tinea Versicolor and Controls of Various Ages.** J Invest Dermatol. 1983; n.80, p.133-135.
19. ELMETS CA. **Management of common superficial fungal infections in patients with AIDS.** Journal of the American Academy of Dermatology, 1994; p.31: 3.
20. MIRANDA KC, et al. **Identification of Malassezia species in patients with pityriasis versicolor in Goiânia-GO.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2006; n.39, v.6, p.582-583

9 ANEXOS

Anexo A- Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 25/07/2007.

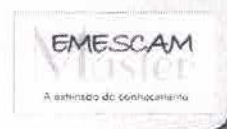
CERTIFICADO

Certificamos que o projeto de pesquisa "**Frequência da Pitiríase Vesicolor em Pacientes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.**", do pesquisador responsável "**Lucia Martins Diniz**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O Projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO** na reunião do CEP de 25/07/2007. Este projeto não poderá sofrer modificações sem o prévio conhecimento e autorização do CEP. Cabe lembrar que o pesquisador responsável tem a obrigação de elaborar e apresentar relatório ao CEP em 25/07/2008.

Vitória (ES), 25 de Julho 2007.



Dr. Ricardo C. Vasques
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM



Anexo B – Certificado de apresentação oral na Reunião de Dermatologistas Latino- Americanos

CERTIFICADO

**XXVI
RADLA**
Reunião Anual de
Dermatologistas
Latino-americanos



Certificamos que **Cristiani Banhos Ferreira, Lúcia Martins Diniz, Cilas de Almeida Reis Neto, Rodrigo Thebit Bortolon, Sílvia Heringer de Oliveira, Walesca Benevides Machado, João Basílio de Souza Filho**, participaram da XXVI RADLA - Reunião Anual de Dermatologistas Latino-americanos, realizado no período de 01 a 04 de maio de 2008, na Estação Embratel Convention Center, Curitiba, PR, na qualidade de **autores** do trabalho **OTIC-004 Pitiríase versicolor e Vírus da Imunodeficiência Humana: há influência da imunossupressão do vírus no aumento da frequência dessa micose?** na Categoria: Oral - Trabalho de investigação científica.

Curitiba - Brasil, 04 de maio de 2008


Evandro A. Rivitti
Coordenador da Comissão Científica


Jesus Rodriguez Santamaria
Presidente

Patrocínio:
