

Dermatite Seborreica: Um relato de caso de dermatite seborreica infectada

Seborrheic dermatitis: A case report on infected seborrheic dermatitis

Resumo

Introdução

A Dermatite seborreica é uma doença crônica e está associada a presença em maior quantidade do fungo *Malassezia* sp. na pele do indivíduo acometido. Quando cursar com infecção secundária associada, pode apresentar características elementares que se distinguem do padrão clássico, tornando seu diagnóstico complexo.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de dermatite seborreica infectada, em que a paciente foi submetida a internação prévia com o uso de antibiótico endovenoso para quadro, teve alta sem fechar diagnóstico e apresentou em seguida recidiva de lesões. Neste momento, procurou nosso serviço para diagnóstico e tratamento.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Paciente feminina, 14 anos, natural e procedente de São Paulo capital foi submetida a anamnese e exame físico completo com subsequente solicitação de exame anatomopatológico em região acometida.

Resultados

Com o resultado da biópsia atrelado ao exame físico conseguimos fechar o diagnóstico e iniciar a terapêutica indicada.

Conclusões

O exame anatomopatológico pode nos guiar frente a uma patologia cutânea exacerbada. Após seu resultado conseguimos fechar o diagnóstico e obter êxito no tratamento.

Abstract

*Seborrheic dermatitis is a chronic disease and is associated with the presence of higher amount of the fungus *Malassezia* sp. on the skin of the affected individual. When associated with secondary infection, it may present elementary characteristics that differs from the classical pattern, making its diagnosis complex.*

The aim of this study was to report a case of infected seborrheic dermatitis, in which the patient underwent previous hospitalization with intravenous antibiotic for the condition, was discharged without closing the diagnosis and then presented recurrence of lesions. At this time, she sought our service for diagnosis and treatment.

We subjected the patient to anamnesis and complete physical examination with subsequent request for anatomopathological examination in the affected region.

With the biopsy linked to physical examination we can make the diagnosis and start therapy indicated.

Pathological examination can guide us to an exacerbated skin pathology. After its result we were able to close the diagnosis and succeed in treatment.

Autor/Coautor/Orientador



Mariana Abss Duarte

Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil



Byron José Figueiredo Brandão
Professor - Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Malassezia sp.
Oxacilina.
Cefalexina.
Biopsia.

Keywords

Malassezia sp..
Oxacillin.
Cephalexin.
Biopsy.

INTRODUÇÃO

A dermatite seborreica é uma alteração crônica, não contagiosa e recorrente. Ocorre inflamação nas áreas da pele onde existe um maior número de glândulas sebáceas. Caracteriza-se por placas eritemato-descamativas arredondadas, ovaladas, localizadas em áreas mais oleosas como couro cabeludo, face, colo e dorso. Contudo, outras áreas como virilha, axilas, região mamária e nádegas também podem ser acometidas¹.

Acomete 18% da população mundial e sua prevalência em indivíduos HIV positivos varia entre 20 e 83%. Apresenta dois picos de incidência: um no recém-nascido, até os três meses de vida, e outro na fase adulta, aproximadamente entre os 30 e 60 anos de idade. A apresentação bimodal da doença (ao nascimento e pós-puberal) sugere que ela esteja relacionada a hormônios sexuais. Os homens são acometidos com maior frequência em todas as faixas etárias e não há predileção racial¹. Doenças sistêmicas como Parkinson, pancreatite alcoólica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e alcoolismo cursam com maior incidência de Dermatite Seborreica².

O couro cabeludo é o local mais comprometido, sendo a caspa, a manifestação mais frequente da dermatite seborreica em adultos. Pode aparecer, em qualquer momento da vida, a partir da puberdade e seguir um curso crônico com frequentes exacerbações.

Ainda não temos definido a fisiopatologia exata da dermatite seborreica. Porém, hoje a regra é a associação da doença à presença do fungo *Malassezia* sp. na pele dos indivíduos acometidos. Sabe-se que este é encontrado na pele de todos os indivíduos, podendo ser encontrado em maior quantidade naqueles que apresentam dermatite seborreica¹.

A histopatologia da DS depende do estágio clínico em que se encontra. Desta forma, nas fases aguda e subaguda nota-se um infiltrado inflamatório composto principalmente por linfócitos e histiócitos, associado à e: espongiose e hiperplasia psoriasiforme leves a moderadas, junto a paraceratose ao redor dos óstios foliculares

(paraceratose "em ombro"). Já durante a fase crônica, além dos achados acima, há marcada hiperplasia psoriasiforme, com dilatação dos capilares e vênulas do plexo superficial, o que determina bastante semelhança com a psoríase³.

Quando criança tende a ser auto-limitada, atinge mais o couro cabeludo e tem como características escamas amareladas. Já quando adulto tende a ser crônica e recidivante, com prevalência em região de face. As lesões são máculas ou finas placas de limites bem definidos, que podem assumir as colorações rosa, amarela clara ou eritematosa, com escamas finas, brancas e secas ou até amareladas úmidas ou oleosas. A presença de prurido é variável⁴.

As lesões podem ter como complicação principal a infecção bacteriana secundária, causando piora do eritema e do exsudato, desconforto local e linfonodomegalias reacionais próximas às áreas acometidas².

Possui alta incidência em indivíduos HIV positivos, com aspecto clínico e histopatológico comuns. Porém tende a ser mais extensa e refratária ao tratamento. Entre os diagnósticos diferenciais temos dermatite atópica, linfoma cutâneo, tinea capitis, histiocitose de células de langerhans.

Por se tratar de uma doença inflamatória crônica, em resposta a uma provável presença de um fungo (*Malassezia* sp.) na pele e do seu metabolismo através da utilização dos lipídios da pele, o objetivo do tratamento consiste no controle da inflamação, da proliferação do micro-organismo e da oleosidade. Utilizamos tratamentos tópicos (sabonetes e shampoos específicos, antifúngicos, corticoides e inibidores de calcineurina) e orais (antifúngicos). Estes são utilizados principalmente para Dermatite seborreica extensa e refratária¹.

RELATO DO CASO

Paciente ECSR, 14 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo capital, chega em serviço no dia 09/10/2018 acompanhada de irmã. Nega comorbidades pessoais prévias e antecedentes familiares.

Relata aparecimento de lesões em face há aproximadamente um ano e 3 meses com piora nos últimos sete dias. Relata que lesões iniciaram como pápulas e evoluíram com saída de secreção e crostas, associada a prurido. Nega tratamento prévio. Esteve internada em hospital Santa Marcelina do dia 04/10/2018 ao dia 08/10/2018 devido a quadro clínico e esteve em uso de Oxacilina de 6/6 horas durante período de internação. Hoje em uso de diferidramina 50mg 8/8horas e ranitidina 12/12horas.

Ao exame físico: placas hiperocrômicas, algumas crostosas, associadas a eritema; distribuídas em região frontal e nasal bilateral. Em foto mostrada por paciente no primeiro dia de internação, apresentava as mesmas lesões, porém, mais crostosas e eritematosas e algumas com crostas melicéricas.

Foram levantados como hipóteses diagnósticas Micose Profunda (esporotricose, paraccociidomicose), Lúpus eritematoso, Psoríase e Dermatite seborreica infectada.

Visto diversidade de hipóteses solicitamos uma biopsia para a paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente retorna em serviço no dia 12/02/2019 com resultado de biopsia e referindo novas lesões crostosas há 4 dias. Ao exame apresentava pápulas e placas hiperocrômicas descamativas em linha de implantação capilar.

Biopsia realizada por punch, conclusa de pele com epiderme exibindo vacuolização leve e focal da camada basal. Em derme elastose solar, ectasias vasculares e discreto infiltrado linfomononuclear perivascular superficial, focalmente perifolicular, além de área de fibrose intersticial. Vacuolização focal da camada basal e ceratinocito apoptótico isolado, ausência de microabcessos, pústulas ou espongiose. Zona de membrana basal sem espessamento. Presença de dermatite perivascular superficial focalmente perifolicular.

Fechando assim o diagnóstico de Dermatite Seborreica infectada e prescrito cefalexina 500mg 6/6horas por 07 dias e soapex sabonete líquido com 1% de triclosano como shampoo.

Paciente retorna dia 20/02 após término de tratamento relatando importante melhora de lesões em face. Ao exame placas hipercrômicas em região malar bilateral e frontal.

Após submissão a biópsia conseguimos fechar o diagnóstico e propor o tratamento adequado. Obtendo grande melhora do quadro clínico.

CONCLUSÕES

Com este relato de caso, percebemos como pode ser complexo o diagnóstico de uma Dermatite seborreica infectada, em um paciente sem seguimento prévio que desconhece seu diagnóstico de base. Quando infectada, as lesões elementares da dermatite seborreica podem ser muito diferentes do quadro clássico da dermatite seborreica no adulto. Levantando assim várias hipóteses que só podem ser confirmadas após biópsia.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC, editors. Dermatite Seborreica. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. Rio de Janeiro: Scielo. 2011;[cited 2019 Dec 3];13(86). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n6/v86n6a02.pdf>
2. Formariz TP, Spera LJ, Urban MC, Cinto PO, Gremião MPD. Dermatite Seborréica: causas, diagnóstico e tratamento. [Internet]. 2005 [cited 2019 Dec 2];16(13-14):77-80. Available from: <http://cebrim.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/72/i06-infdermatite.pdf>
3. Ferolla C. Dermatite seborréica da face. Rev Bras Med Dermatol[Internet].2010;67:11-5. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-567172>
4. Gomes FR. Dermatite seborreica do adulto e da criança: revisão etiopatogênica e posição nosológica [Trabalho de conclusão de curso, dissertação de Mestrado em Medicina][Internet]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2015 [cited 2019 Dec 1]. 58 Available from: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/30564/1/Tese_DS.pdf