

PÊNFIGO FOLIACEO SUL-AMERICANO — A PROPÓSITO DE UM CASO AUTÓCTONE NO RIO GRANDE DO NORTE *

CARLOS DOS SANTOS FONSECA **

RESUMO

O autor apresenta um caso autóctone de Pênfigo foliaceo sul-americano no Rio Grande do Norte. Analisa também aspectos clínicos, epidemiológicos e da geografia médica do PFSA, relacionando seus achados com os da literatura pertinente.

INTRODUÇÃO

O Pênfigo foliaceo sul-americano (PFSA) é conceituado atualmente como "moléstia caracterizada por quadro bolhoso com tendência a esfoliação eritrodermica, de etiologia desconhecida, de patogenia parcialmente conhecida e curso frequentemente grave quando não tratado.^{11,12}

Embora muitos dos estudos sobre esta doença tenham que ser ainda confirmados, trabalhos recentes e antigos sugerem que sua etiologia seja viral cuja transmissão seria através de transmissor alado, simulídeo^{3,7,9}.

O vírus iria desencadear os fenômenos de auto-imunidade (anticorpos, antiepitélio ou anti-pele) tão importantes na patologia do penfigo^{8,12,13,15,17}.

Atualmente com foco predominante e crescente no Brasil Central^{1,11} (centenas de casos novos anuais) o PFSA vem emergindo para um lugar dos mais importantes na patologia tropical brasileira.

Tem sido descritos casos em todos os estados brasileiros, com exceção do Rio Grande do Norte, Paraíba e no Amapá, segundo levantamento recente da geografia médica do Pênfigo foliaceo sul-americano¹¹.

A presente publicação visa o relato de um caso no Rio Grande do Norte.

Apresentação do caso

G.S., 34 anos, pardo natural e residente no município de Lagoas Pintadas, RN, de onde nunca se ausentou .

* Trabalho realizado no Programa CRUTAC da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

** Auxiliar de Ensino do Departamento de Medicina Clínica da FM, UFRN.; Tropicologista do Programa CRUTAC, da UFRN; Médico do Hospital Walfredo Gurgel.

HDA — há três meses, manchas avermelhadas na face anterior do torax, sem acompanhar-se de febre, prurido ou queimação.

Pouco depois, as manchas aumentaram de tamanho, tornaram-se mais numerosas e tenderam a confluír, a ponto de ultimamente ter-se espalhado por quase todo o tegumento. Há mais ou menos 40 dias surgiu o queimor de média intensidade, nas lesões.

AF — irmão (há mais ou menos um ano, apresentou quadro dermatológico semelhante, porém mais benigno (fez tratamento no Recife)

AP — doenças próprias da infância.

Exame físico — Temperatura 37,7.º

Paciente em bom estado de nutrição.

Aparelho respiratório, circulatório e abdomem — clinicamente normais.

Quadro Dermatológico — paciente apresentava por quase toda a pele, inclusive couro cabeludo, lesões eritematosas, com numerosas bolhas, de 1 a 4cm de diâmetro, flácidas, muitas delas rotas, e intensamente exudativas. Não apresentava lesão de mucosa.

Sinal de NIKOLSKY — positivo.

Exames Complementares Normais — (glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações) a não ser por leucocitose (11.500) com fórmula leucocitária normal.

Iniciada a terapêutica com cor-

ticoides (Prednisona 60 mg) e antibiótico (Tetraciclina) o paciente não apresentou resposta nítida; houve diminuição de exudação, porém o paciente passou a apresentar intensa descamação que não se alterou mesmo com o aumento da Prednisona para 80mg diária. Mudando para Betametazona, com a qual certos autores¹² tem obtido melhores resultados em doses equivalentes, o paciente passou a responder melhor, com diminuição acentuada de esfoliação e do eritema; dada a sua recusa em continuar ingerindo elevado número de comprimidos a manutenção do corticoide foi feita, com bons resultados com betametazona injetável (associação de rápida e de lenta ação)* em doses semanais.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

O quadro dermatológico do PFSA é indistinguível do Pênfigo Foliáceo clássico (doença de Cazenave) o que diferencia uma doença da outra, são os dados epidemiológicos^{1,10,11,12} quais sejam:

1. Predominância área rural.
2. Endêmica, com focos de alta incidência em certas regiões latino-americanas, principalmente em zonas néo-colonizadas.
3. Própria da infância, adolescência e do adulto jovem.
4. Alta ocorrência de casos familiares.
5. Própria da região subdesenvolvida; declínio de casos novos em regiões que começam o seu desenvolvimento.

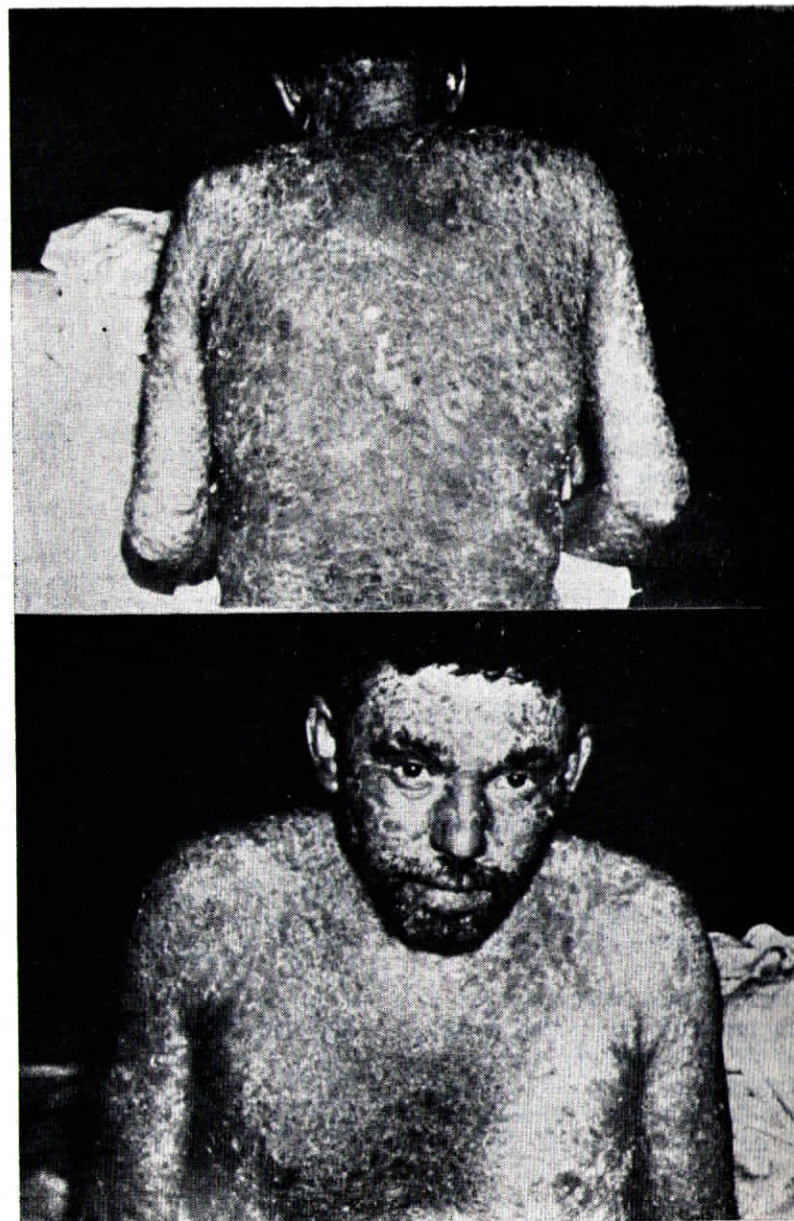


FIGURA 1 — Aspecto típico do Pênfigo foliáceo

* Associação de acetato de betametasona 3mg com fosfato dissodico de betametasona 3mg.

Doença de Cazenave

1. Predominância em área urbana.
2. Rara, com distribuição universal.
3. Própria da idade madura ou senectude.
4. Muito rara a ocorrência de casos familiares.
5. Própria da região desenvolvida.

O nosso caso apresentava o quadro dermatológico e todos os dados epidemiológicos do PFSA. Inclusive a ocorrência de mais de um caso na família do paciente, vem corroborar a grande importância que teria a susceptibilidade genética na patogenia da doença. Já que numerosas famílias residem muito próximas a do paciente, portanto no mesmo nicho ecológico (teoria de nichamento de Pavlovsky) e não surgiu até agora nenhum outro caso, em outra família.

Como a região onde o paciente reside é distante das áreas penfigosas brasileiras, delimitadas em meridianos 60.^o a 40.^o OG, paralelos 15 a 24, áreas estas há muito ultrapassadas pela doença, resolvemos fazer uma visita in loco.

Desejavamos determinar se a área preenchia as condições ótimas de incidência da doença — margens de rios e ribeirões ou em torno de cachoeira e represas, clima de temperatura de 22°C a 30°C, umidades relativa do ar, 55 a 75%, a altitude de 530 a 1.125m, parâmetros estes um pouco modificados, por outros estudiosos do assunto¹.

A pequena localidade, situa-se

na região agreste do Estado nos contrafortes da Serra do Doutor (um dos Esporões da Serra da Borborema que recebe esta denominação local) cuja altitude média é de 550m e junto a um açude de médias proporções. Preenche, portanto, as condições de temperatura, localização (junto a um açude) umidade e altitude estabelecidas por Proença¹¹.

SUMMARY

SOUTH AMERICAN PEMPHIGUS FOLIACEUS: AN AUTOCHTHONOUS CASE IN RIO GRANDE DO NORTE, BRAZIL

An autochthonous case of South American Pemphigus Foliaceus in Rio Grande do Norte, Brazil, is described; the general aspects of the disease are analyzed with special stress on the medical geographic importance. Literature revision is presented.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUAD, A. — Pênfigo Foliaceo sul-americano no Estado de Goiás. Rev. Pat. trop. 1(2):293-346, 1972.
2. BECHELLI, L.M.; C.V. — Compêndio de Dermatologia, 2.^a ed. — São Paulo, Atheneu, 1963.
3. CAMPOS, J.A. — Apud Proença, N.; Castro, R.M. — 12
4. CROSTI, A., apud Leme, CA — 8.
5. FONZARI, M. — Intramuscular dexamethazone in pemphigus foliaceus — Hospital 63:1409-1414, Jun. 1963.
6. GRAVINE, H.A. — Resumo estatístico das observações de casos de Pênfigos foliaceo brasileiro. Rev. Bras. Med. 28(4): 466, set. 1971.
7. LANE, S., apud Proença, N., Castro. RM—12.
8. LEME, C.A. — Pênfigo Foliaceo no Brasil — Doença de auto agressão Demonstração de auto-anticorpos por imunofluorescência — O Hospital 76 (2): 283, 1969.
9. LINDENBERG, A.C. — apud Proença, N., Castro, RM—12
10. MESQUITA, A.P. — Penfigos — Trib. Med. 352:54, Julh. 1969.
11. PROENÇA, N.; CASTRO, R.M. — Geografia médica do Pênfigo foliaceo sul-americano An. Bras. Derm. 46:253-260, 1971.

12. PROENÇA, N.; CASTRO, R.M. — Pênfigo foliaceo sul-americano — Rev. Hosp. Cl. Fac. Med. São Paulo, 26: 115-112, Jun. 1971.
13. PUPO, J.A. — Aspectos originais de Pênfigo foliaceo no Brasil. An. Bras. Derm. 46(1): 32, 1971.
14. ROCHA, G.L.; et al — Considerações sobre alguns casos de Pênfigo; tratamento com corticosteroide — imunossupressor — Hospital 76(6): 2001, 1969.
15. SAMPAIO, S.A.P. — Penfigos In. Veronesi, R. — Doenças infecciosas e parasitárias. 3. ed Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1964, p 966, 1972.
16. SAMPAJO, S.A.P. — Pênfigo foliaceo sul-americano — Rev. Med. 54 (2): 40, maio, 1970.
17. SILVA, JR. — Idéias gerais sobre o Pênfigo sul-americano: seu histórico no Brasil; conceituação atual do grupo Pênfigo. Rev. Bras. Med. 28 (12): 611, dez. 1971.
18. SILVA, P.; BRITO, A.C. — Incidências de Pênfigos e Dermatite de Duh-ring Brocq. no Pará — An. Bras. 46 (1): 31, 1971.