

# DIPROSONE

(dipropionato de betametasona)

- Atividade antiinflamatória, antipruriginosa e antialérgica no tratamento tópico de dermatoses sensíveis aos corticosteróides
- Apresentação: creme e pomada em bisnagas de 15g.

# GARAMICINA

- Indicada para o tratamento das infecções superficiais ou profundas da pele
- Apresentação: creme em bisnagas de 10g.

# SPOROSTATIN

(Griseofulvina)

- Ação nas dermatomycoses qualquer que seja sua localização - ação sistêmica.
- Apresentação: 125mg e 500mg em caixas com 20 comprimidos

# QUADRIDERM

- Indicado nas dermatoses inflamatórias, nas dermatoses alérgicas, nas dermatoses causadas, complicadas ou ameaçadas por infecções bacterianas ou fúngicas, inclusive candidíase.
- Apresentação: creme em bisnagas de 10g e 45g.

# DIPROGENTA

(dipropionato de betametasona + garamicina creme)

- No tratamento de dermatoses com infecção secundária, suspeitada ou complicada, causada por organismos sensíveis a Garamicina.
- Apresentação: creme e pomada em bisnagas de 15g.

# CELESTODERM

- No tratamento das dermatoses inflamatórias sensíveis aos corticóides.
- Apresentação: creme, pomada e creme com gentamicina em bisnagas de 10g.

# TINADERM

- No tratamento de todas dermatomycoses sensíveis ao tolnaftato em solução.

an. brasil. dermat. 54: 215, 1979

CEDI - P.I.B.  
 DATA 31 / 12 / 86  
 COD. TC D 75

## Artigos Originais

### Aspectos Clínicos e Laboratoriais da Pinta

Estudo de 127 casos \*

Sinésio Talhari \*\*  
 José Alfredo Guimarães \*\*\*  
 Marcus Luiz Barroso Barros \*\*\*\*  
 Marcus Vinícius Farias Guerra \*\*\*\*  
 Wilson Duarte Alecrim \*\*\*\*\*

São estudados os aspectos clínicos e laboratoriais de 127 casos de pinta. As reações sorológicas efetuadas: VDRL, FTA-ABS e Antígeno treponêmico de Reiter foram positivas em todos os casos das fases de disseminação e tardia. Nos 12 pacientes da fase inicial, a reação de Reiter foi negativa em 5 docntes e o FTA-ABS foi negativo em seis.

### INTRODUÇÃO

Pinta, purupuru, "carato" ou "mal del pinto" são sinônimos de uma doença infecto-contagiosa, não venérea, causada pelo *Treponema carateum* e exclusiva das Américas, sendo endêmica na Ve-

\* Trabalho parcialmente apresentado no XV Congresso Internacional de Dermatologia (México - outubro de 1977. Realizado no Hospital de Molés las Tropiezas e Ambulatório Dermatológico "Alfredo da Matta" - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade do Amazonas - Manaus (AM) - Brasil.

\*\* Professor Titular (Disciplina de Dermatologia - Departamento de Saúde Coletiva).

\*\*\* Ex-Médico da FUNAI.

\*\*\*\* Professores Assistentes (Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias - Departamento de Saúde Coletiva).

\*\*\*\*\* Professor Adjunto (Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias - Departamento de Saúde Coletiva).

nezuela, Colômbia, Equador, Peru e Brasil. O número de casos é menor na Guatemala, Haiti, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Nicaragua e Bolívia; ocasionalmente, é vista em Cuba, Porto Rico, Panamá, Guianas, Guadalupe e Ilhas Virgens (6, 12). No México, um dos maiores focos conhecidos, a pinta está em fase de erradicação (9). Os casos de pinta descritos por ROOTSELAAR (10), na Indonésia, não tiveram comprovação posterior.

As primeiras observações da pinta remontam ao período das conquistas de Cortes, no México, quando numa de suas cartas ao Rei Carlos V menciona a existência, entre os índios Aztecas, de pessoas com colorações cutâneas diferentes do habitual. Essa doença foi denominada "lepra azul". E, dada a confusão diagnóstica com a Hanseníase, Cortes mandou construir um isolamento para esses indivíduos (7). Algumas antigas tribais, crenças religiosas e superstições também, evidenciam a existência da enfermidade no período pré-colombiano (6). No Brasil, os primeiros relatos da existência de pinta são possivelmente os de SAMPAIO (11), em 1825, no seu Diário de Viagem à Capitania de São José do Rio Negro. Assim descreve os índios Catauixiz: "... herdão humas manchas brancas sobre a cutis de diversas figuras, e em diferentes partes do corpo, como pés, mãos, pescoço, cara ... não concorre para isso artifício algum ... estas manchas se communicão como contágio a outras pessoas ...". Cientificamente, segundo a bibliografia disponível, os primeiros estudos surgiram com CRUZ (2), MATTA (5), GUIMARÃES (4), BIOCCA (1) e GONÇALVES (3).

A infecção, em nosso meio, expandiu-se, possivelmente pelo contato dos nativos com os colonizadores. A doença permaneceu praticamente restrita à bacia amazônica e poucos casos foram observados fora dessa área. Em nosso país, a pinta existe nos Estados do Amazonas, Acre e norte de Mato Grosso. São consideradas endêmicas algumas áreas do alto Solimões, alto Rio Negro, rio Juruá, rio Purus, rio Madeira, rio Içana, rio Aripuanã e com muita probabilidade, alguns afluentes destes rios.

O agente etiológico da pinta é o *Treponema carateum* e o único reservatório conhecido é o homem. A transmissão é feita por contágio direto, provavelmente através de soluções de continuidade na pele. Discute-se a possibilidade de insetos hematófagos agirem como transmissores. Na Amazônia, os pacientes acreditam na transmissão criminosa, isto é, as pessoas seriam "pintadas" pela ingestão do raspado das lesões cutâneas de doentes, colocadas em bebidas como o café, chá e principalmente a caçuma (bebida feita pela fermentação da mandioca). Ainda como forma de transmissão, BIOCCA (1) refere a transmissão ritual entre os indígenas do rio Içana (afluente do rio Negro). Neste ritual, os nativos chicoteavam os portadores de pinta até o sangramento e depois, com o

mesmo chicote (denominado "adabi") açoitariam os indivíduos normais. Atualmente, por informação de missionários da área, este ritual parece não ser praticado.

No México, o controle da epidemia vem sendo realizado com bons resultados. Esse país há poucos anos era conhecido como um dos maiores focos de pinta. No "Primer censo de Mal del Pinto y Campaña Nacional de Erradicación del Mal del Pinto", realizado no período de 1929-1931 foram diagnosticados 268.678 pacientes. Com a campanha, intensificada nos últimos anos, o número de casos novos reduziu-se a 250 em 1974 (9). Na Venezuela, campanha semelhante vem sendo realizada (7).

Este trabalho tem por finalidade assinalar os principais aspectos clínicos e laboratoriais dos casos de pinta diagnosticados entre os índios Ticunas e os brancos, em menor número.

#### MATERIAL E MÉTODOS

São estudados 127 pacientes com lesões clinicamente sugestivas de pinta. Compõem este grupo 118 índios Ticunas e 9 brancos, sendo 76 pacientes do sexo masculino e 51 do sexo feminino. Os indígenas são habitantes dos aldeamentos de Umarimassu, Feijoal, Belém do Solimões, Vendaval, Campo Alegre, Nova Itália e Betânia. Essas comunidades estão situadas às margens do rio Solimões, nas proximidades das fronteiras Brasil-Peru-Cômbia e segundo a divisão geográfica do Estado do Amazonas, pertencem à micro-região alto Solimões. Dos 9 pacientes brancos, 5 vivem na localidade de Humboldt (rio Aripuanã - Estado de Mato Grosso) e 4 na mesma região dos Ticunas. Estas áreas caracterizam-se por floresta tropical, clima quente, úmido e alta pluviosidade.

De acordo com MEDINA (6), os pacientes foram classificados em 2 fases clínicas: 1 - fase recente, com duração média de 4 anos, compreendendo um período inicial e um período de disseminação cutânea.

2 - fase tardia, geralmente com início após o quarto ano de doença e se deixada evoluir, quase sempre, continua ativa por toda a vida.

A transição de uma fase para outra geralmente não é precisa e os principais aspectos clínicos da pinta são os seguintes:

a) *Período inicial* - a lesão primária é eritemato-papulosa, em número de uma, duas ou mais; poucas semanas ou meses depois, as lesões aumentam de tamanho, dando origem a pequenas placas com escamas secas e pequenas. A seguir, lentamente, as lesões aumentam de tamanho e pequenas pápulas podem surgir na peri-

feria, formando uma placa maior, de contorno irregular. Estas lesões podem envolver, dando origem a manchas hipocrômicas ou pigmentação de cor cinza ou azul-claro, sendo a coloração mais intensa no centro da lesão.

b) *Período de disseminação cutânea* — surge depois de alguns meses ou depois de 2 a 3 anos de evolução do período inicial. Evolui por surtos e a dermatose pode, por determinado período, estar restrita a certas regiões ou tornar-se generalizada e invadir todo o tegumento. As lesões podem ser de tamanho lenticular a numular, isoladas ou confluentes, de coloração hipocrômica, eritematosa, hiperpigmentada, com ou sem descamação. A fase de disseminação geralmente persiste por 2 a 4 anos. Algumas das lesões podem desaparecer e a maioria persiste, tornando-se parte do quadro clínico da fase tardia.

c) *Fase tardia* — caracteriza-se pela associação de manchas acromicas, hipocrômicas, hipererômicas, hipereratósicas, liquenificação, descamação, atrofia, ceratose folicular e, com frequência, ceratodermia palmo-plantar. Em alguns casos, lesões eritemato-escamosas, iguais às manifestações do período inicial, podem estar presentes.

Os dados sobre o tempo de evolução da moléstia, importantes para a classificação das formas clínicas, não puderam ser obtidos na maior parte dos pacientes, pois os índios Ticunas não falam corretamente o português e a sua noção de tempo não se adapta aos nossos conhecimentos. Pelos motivos expostos, a idade destes pacientes é aproximada.

Após o exame dermatológico e classificação da fase clínica, foram retirados, mediante punção venosa, 10 ml de sangue para as reações sorológicas. O soro foi mantido em recipientes com gelo durante 1 a 2 dias, posteriormente conservado em congelador de geladeira comum ou "freezer", média de 5 dias, e finalmente enviado para São Paulo (Laboratório Fleury), por via aérea, em recipiente com gelo. Foram realizadas as seguintes reações sorológicas: a) *reação de flocculação* — VDRL (antígeno de cardioplipina — Difco);

b) *reação de fixação de complemento com antígeno proteico do treponema de Reiter* (Laboratório do Instituto Pasteur — Paris) e *reação de imunofluorescência com Treponema pallidum após adsorção sérica de anticorpos de grupo com treponemas não patogênicos* — FTA-ABS (Laboratório do Instituto Pasteur — Paris).

A reação de Reiter não foi realizada em 7 pacientes da fase tardia e a reação do FTA-ABS não foi efetuada em 5 casos da fase tardia.

O líquido cefalo-raquidiano de 13 pacientes foi colhido, através da punção lombar, para a reação do FTA-ABS.

A linfa das lesões cutâneas de 16 enfermos foi obtida, mediante compressão e punção da pele com agulha esterilizada. Após a fixação pelo calor o material foi guardado em caixas de madeira para posterior coloração pelo método de Fontana-Tribondeau e pesquisa do *Treponema carateum*. Os casos da fase inicial com sorologia negativa foram diagnosticados mediante a pesquisa direta.

Procedeu-se ao exame micológico dos pacientes com suspeita de micose superficial.

Fez-se o exame clínico de 50 pacientes (portadores do período de disseminação e fase tardia).

## RESULTADOS

Os 127 casos de pinta foram assim classificados:

Período inicial — 12 pacientes.

Período de disseminação — 21 pacientes.

Fase tardia — 94 pacientes.

Os principais aspectos dermatológicos encontrados foram:

a) *período inicial* — as lesões dermatológicas eram eritemato-escamosas, muitas vezes de aspecto tricofitóide, com involução e hiperpigmentação central (cor azulada); em outros casos as lesões eram maculosas, hipocrômicas e ligeiramente pigmentadas (Figs. 1, 2 e 3). A faixa etária dos pacientes oscilou entre 1 e 40 anos, sendo a faixa etária média de 12 anos; a maioria dos doentes tinha menos de 10 anos de idade (Tabela I). Destes pacientes, 6 apresentaram VDRL e FTA-ABS negativos; 6 evidenciaram reação negativa com o antígeno treponêmico de Reiter (Tabelas II e III). A confirmação diagnóstica dos casos de pinta inicial com sorologia negativa foi realizada através da pesquisa direta de treponema nas lesões.

b) *período de disseminação cutânea* — manchas hipocrômicas, hipererômicas e eritemato-escamosas, com grau variável de descamação foram encontradas em quase todos os casos; as lesões eritemato-escamosas são menos frequentes. Ceratodermia palmo-plantar foi encontrada em 3 doentes. As manchas hipocrômicas e eritemato-escamosas são de tamanho lenticular e numular, isoladas ou confluentes (Fig. 4). A hipereromia é de tom acinzentado ou azulado e tem preferência pelas áreas mais expostas ao sol, tais como a face, antebraços, a região pré-esternal e, com menor frequência, o tronco e as pernas. A hiperpigmentação, geralmente, surge no interior das manchas hipocrômicas expostas ao sol e, com o tempo,

TABELA I

CLASSIFICAÇÃO QUANTO A FAIXA ETÁRIA E FASE EVOLUTIVA DE 127 PACIENTES PORTADORES DE PINTA. ALTO SOLIMÕES - AMAZONAS, HUMBOLDT - MATO GROSSO DO NORTE, BRASIL, 1975-1977.

Faixa Etária	Fase Evolutiva			Total
	Inicial	Disseminação	Tardia	
0-9	4	4	4	12
10-19	6	8	13	27
20-29	0	3	11	14
30-39	1	9	25	35
40-49	1	2	14	17
50 e +	—	1	27	28
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>94</b>	<b>127</b>

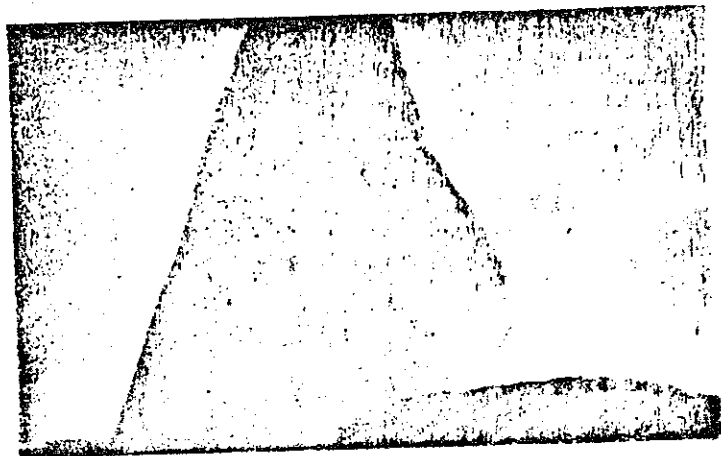


Fig. II — Úlcera em fase recente. (Lesão com placa, eritemato-escamosa, hiperplásica)

TABELA II

PREVALÊNCIA SORCÍLOGICA (VDRL) DE 127 PACIENTES PORTADORES DE PINTA (PERÍODOS INICIAL, DE DISSEMINAÇÃO E FASE TARDIA). ALTO SOLIMÕES - AMAZONAS, HUMBOLDT - MATO GROSSO DO NORTE, BRASIL, 1975-1977.

Fase Evolutiva	TITULAGEM										Total
	Neg.	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16	1/32	1/64	1/128	1/256	
Inicial	6	2	1	—	—	1	—	—	—	—	12
Disseminação	—	—	—	—	2	4	7	4	5	—	21
Tardia	—	—	3	7	9	17	23	26	8	—	94
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>—</b>	<b>127</b>

TABELA III

RESULTADOS SOROLÓGICOS (ANTIGENO TREPONÊMICO DE REITER E FTA-ABS) DE 127 PACIENTES PORTADORES DE PINTA (PERÍODOS INICIAL, DE DISSEMINAÇÃO E FASE TARDIA). 1.º TO SOLIMÕES - AMAZONAS, HUMBOLDT - MATO GROSSO DO NORTE, BRASIL. 1975-1977.

Fase Evolutiva	Antígeno T reponêmico de Reiter		FTA - ABS	
	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
Inicial	6	5	6	6
Disseminação	21	—	21	—
Tardia	85	—	88	—
Total	112*	5	115**	6

- \* Reação não realizada em 7 pacientes da fase tardia. Soro anti-complementar: 2 pacientes da fase tardia e 1 do período inicial.
- \*\* Reação não realizada em 5 pacientes da fase tardia. Soro anti-complementar: 1 paciente da fase tardia.

as manchas hipocrômicas praticamente desaparecem, dando lugar a manchas hiperocrômicas, xerodérmicas e liquenificadas (Fig. 5). Em alguns casos observou-se a presença de ceratose folicular no interior das lesões.

c) fase tardia - as principais lesões encontradas foram:

1 - Acromia - verificada em todos os pacientes. Dada a falta de informações sobre o tempo de evolução, a existência das manchas acrômicas foi o principal elemento para a classificação na fase tardia. As localizações mais frequentes foram as mãos, os pés, os punhos, os cotovelos, as pernas, a região glútea, as coxas e em menor número de pacientes, a eminência radial, ulnar, a face, a bolsa escrotal e o pênis. Nas mãos, as articulações metacarpo-falangeanas foram as mais atingidas e nos casos mais avançados, o dorso das falanges média e distal estavam total ou parcialmente despigmentadas. No dorso das mãos, nas proximidades das articulações metacarpo-falangeanas, a acromia foi comum, em geral com ilhotas hiperocrômicas no seu interior. Os bordos palmares, as regiões tenar e hipotenar também foram envolvidas pela despigmentação. Dos bordos palmares e região tenar a acromia invade a face anterior do punho, esboçando, muitas vezes, a figura de um triângulo. Na maioria dos pacientes, as lesões acrômicas são simétricas. Nos membros inferiores, e face anterior das pernas, maléolos internos

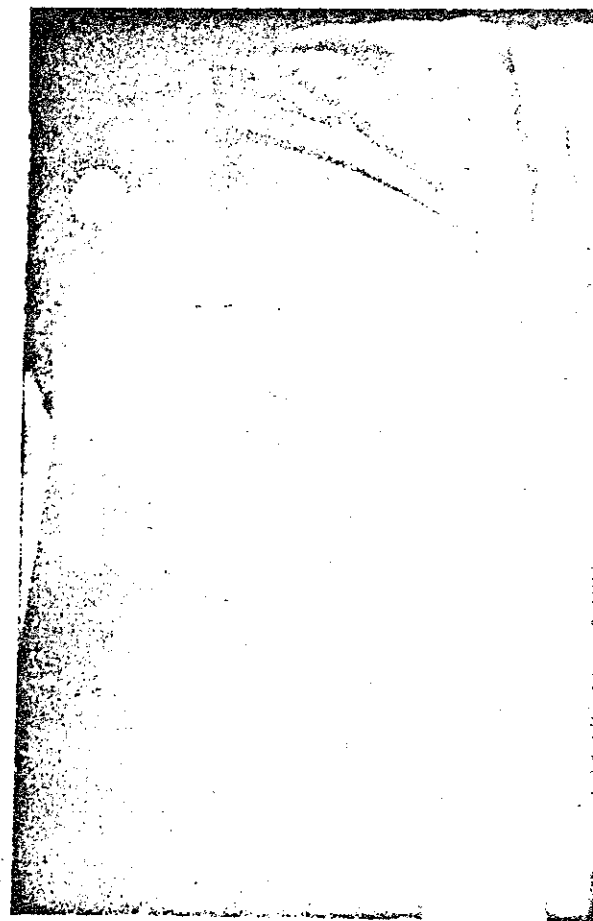


Fig. 2 - Pinta na fase recente. Lesões psoriasiformes.

e externos, bordos plantares, dorso dos pés, dorso das articulações dos pododáctilos e região calcaneana são as áreas mais atingidas (Fig. 6). As manchas acrômicas são raras na face, pescoço, couro

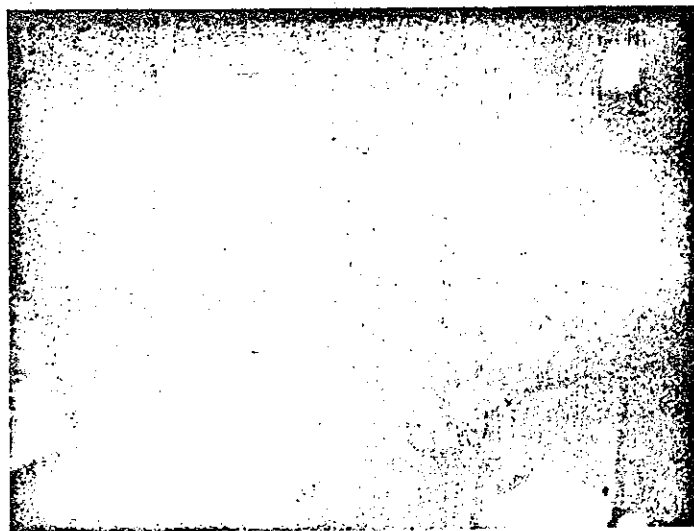


Fig. 3 — Paciente da fig. 2, após 6 meses de evolução, sem tratamento. No centro da placa verificam-se lesões papulo-folliculares.

cabeludo, região inguino-crural e genitália (Fig. 7). Verifica-se hipereritema e por vezes, eritema nas manchas acrômicas.

Lesões de cor castanho-escura, semelhantes ao lentigo simples são freqüentes no interior e nas proximidades das manchas acrômicas.

2 — Hipereromia — encontrada em todos os casos virgens de tratamento. Nos enfermos que receberam tratamento, mesmo insuficiente, a hiperpigmentação é discreta ou inexistente. A intensidade da pigmentação, nos pacientes não tratados, é variável e tem predileção pelas partes expostas ao sol, tais como o dorso das mãos, especialmente no espaço compreendido entre o polegar, o primeiro e segundo metacarpianos (Fig. 8), dorso dos quirodátilos, regiões anterior e externa dos antebraços, externa dos braços (nesta região, ve-se nitidamente o desaparecimento da hiperpigmentação nas áreas cobertas pela camisa) a face. Na face, há predileção pela região frontal, nariz, regiões malares e pavilhões auriculares (Fig. 9). Em ordem de freqüência, seguem-se as regiões pré-esternal, escapulares, dorso-laterais do pescoço e anterior das pernas.

A hipereromia é de cor cinza, azul, azul-escuro ou mesmo preta

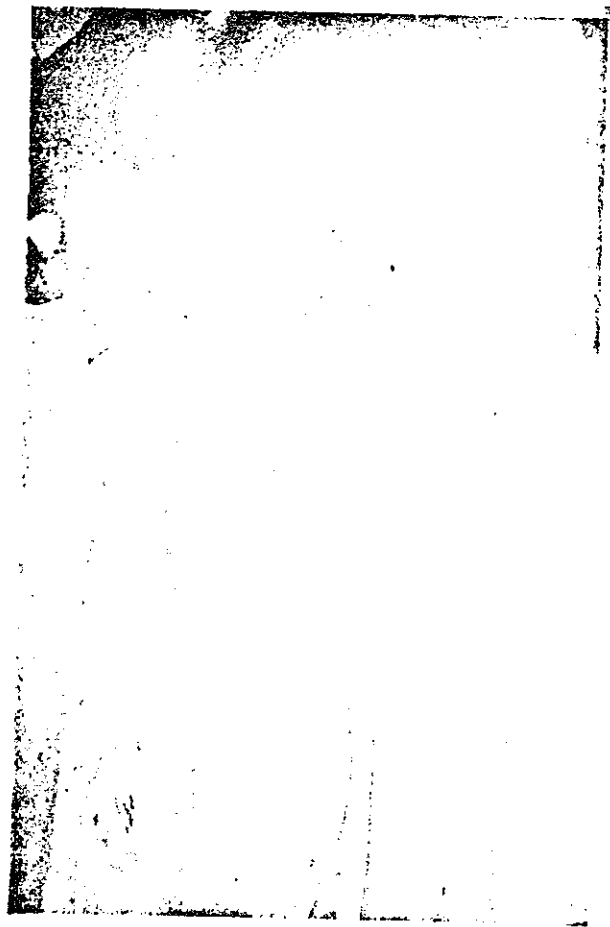


Fig. 4 — Pinta em fase de disseminação. Manchas hipocrômicas isoladas e confluentes, com discreta descamação. As manchas acrômicas observadas no cotovelo são da mãe do paciente.

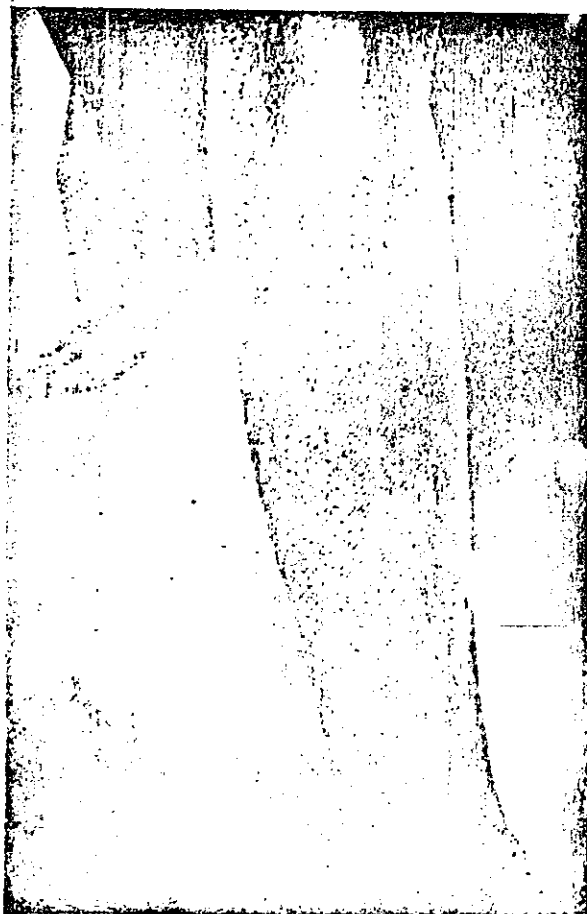


Fig. 5 — Pinta em fase de disseminação. Mancha hipocrômica com hiperpigmentação central e liquenificação. Na região glútea, coxas e cotovelo observam-se manchas hipocrômicas de tamanhos variados.

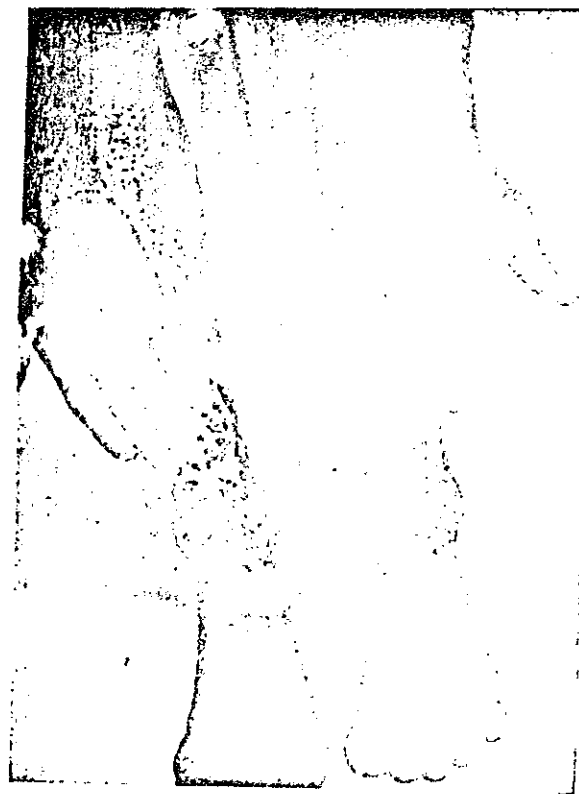


Fig. 6 — Pinta tardia. Hiperqueratose e ilhotas hipercrômicas nas palmas. Hiperqueratose e acromia no restante dos membros inferiores e superiores.

e brilhante. Hiperqueratose, liquenificação e descamação acompanham a hiperqueratose.

A mucosa oral de alguns pacientes apresenta áreas hipercrômicas, porém é difícil afirmar se estão ou não associadas com a pinta; pois são encontradas alterações semelhantes em indígenas sadios.

Ilhotas hipercrômicas, isoladas e confluentes foram observadas

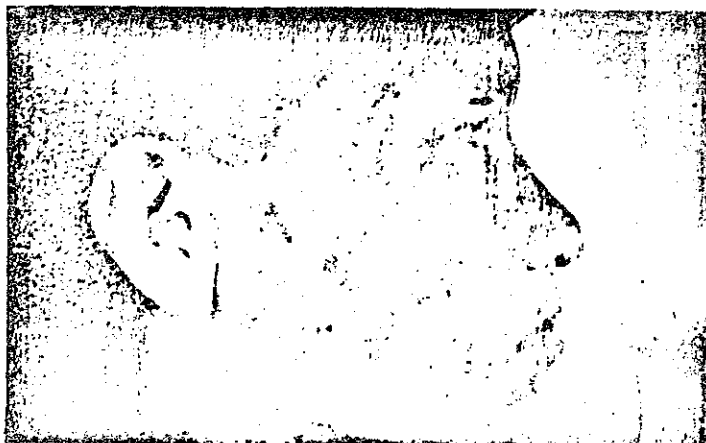


Fig. 7 — Pinta tardia. Acromia parcial do pavilhão auricular, face e pescoço; hipereromia nos bordos das manchas acrômicas.

nas palmas, plantas e, por vezes, na superfície palmar dos quírodátios (Figs. 6 e 13).

3 — Hipocromia — encontrada na maioria dos enfermos. Sua localização preferencial é a face interna dos antebraços, interna e posterior dos braços, regiões escapulares, paredes laterais do tronco, região glútea, abdômen, faces internas e posterior das coxas, fossas poplíteas e o terço superior das pernas (Fig. 10). As manchas hipocrômicas são ligeiramente hiperkeratóticas, lenticulares a numulares, isoladas ou confluentes, formando extensas áreas de hipocromia com ilhotas de pele normal, dando a impressão, em alguns casos, de serem as áreas de pele normal.

4 — Atrofia — observada freqüentemente nas lesões hiper ou hipocrômicas; é mais comum nos pacientes já tratados (Fig. 11).

5 — Ceratose folicular — freqüente nos casos de longa evolução. É encontrada nos membros superiores e inferiores, especialmente nas suas extremidades. A ceratose folicular é comum nas áreas hipererômicas com tendência para acromia. Em alguns casos, os folículos pilosos hiperkeratóticos, já com o pelo praticamente destruído, constituem ilhotas de pele hipererômica no meio das manchas acrômicas (Fig. 12).

6 — Ceratodermia palmo-plantar — observada freqüentemente,

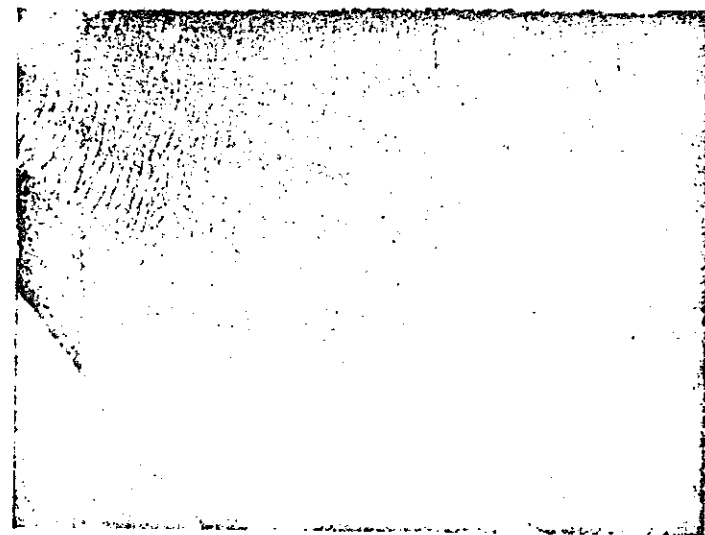


Fig. 8 — Pinta tardia. Hipereromia e liquenificação no dorso da mão e quírodátios. Acromia inicial nas articulações metacarpo-falangeanas e inter-falangeanas dos 1º e 2º quírodátios.

tanto em pacientes iniciando a fase tardia como nos casos de evolução prolongada. Áreas deprimidas, puntiformes são comuns. Junto com a hiperkeratose palmar é comum a presença de manchas hiperpigmentadas, isoladas ou confluentes (Figs. 6 e 13). A ceratodermia plantar existe, porém, quase todos os pacientes não usam calçado e, de sua forma, o exame dermatológico foi prejudicado.

Todas as lesões descritas podem estar associadas na fase tardia, inclusive as manifestações das fases inicial e disseminada.

Em 4 pacientes, as lesões estavam restritas aos membros superiores, inferiores ou face e couro cabeludo (Figs. 14 e 7).

A pesquisa direta do treponema, na linfa das lesões cutâneas do período de disseminação e fase tardia foi positiva em todos os casos em que este exame foi realizado.

No exame clínico dos pacientes, não se encontrou nenhuma anormalidade que pudesse estar relacionada com a doença em estudo.

Os dados relativos a faixa etária, fase evolutiva e os resultados das regiões sorológicas estão apresentados nas tabelas I, II e III.





Fig. 9 — Pinta tardia. Intensa hiperpigmentação na face, pavilhão auricular e pescoço. Observar a cor normal do paciente na região supra-escapular.

A reação do FTA-ABS, realizada no líquor de 13 pacientes da fase tardia, foi negativa em todos os casos.

#### COMENTARIOS

Nosso trabalho, até o momento, vem sendo desenvolvido com pacientes que procuram o posto de atendimento e este aspecto pro-

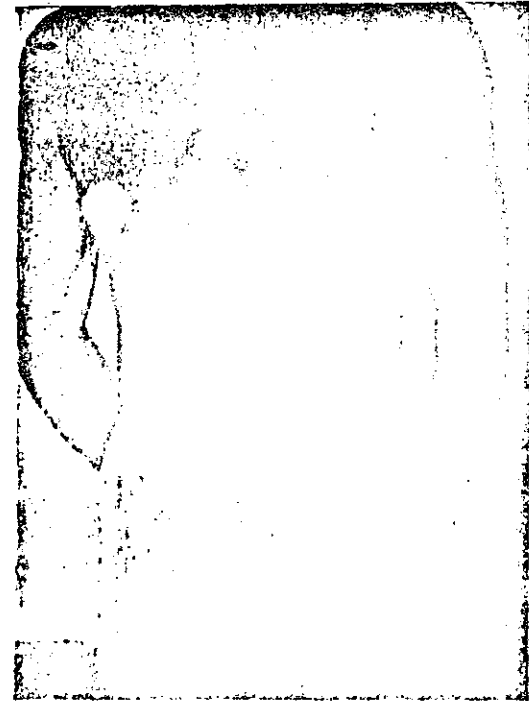


Fig. 10 — Pinta tardia. Manchas hipercrômicas no tronco. Manchas hipocrômicas e acrómicas na região glútea, coxas e face interna dos braços e antebraços.

avelmente explica o maior número de pacientes portadores da fase tardia da moléstia que, a nosso ver, são os doentes mais interessados no tratamento. É no período tardio que as lesões se tornam mais acentuadas e esteticamente prejudiciais. Apesar da intensidade das lesões cutâneas, em alguns enfermos, nunca observamos quaisquer restrições para a vida comunitária destes doentes. Os índios Ticunas parecem conviver com a treponematose há muitos anos, tendo inclusive a denominação "Shöri" para a pinta e diferenciam a pinta inicial da dermatofitose, a que denominam "Ô".

Os índios Ticunas expressam-se mal em português e, na maioria

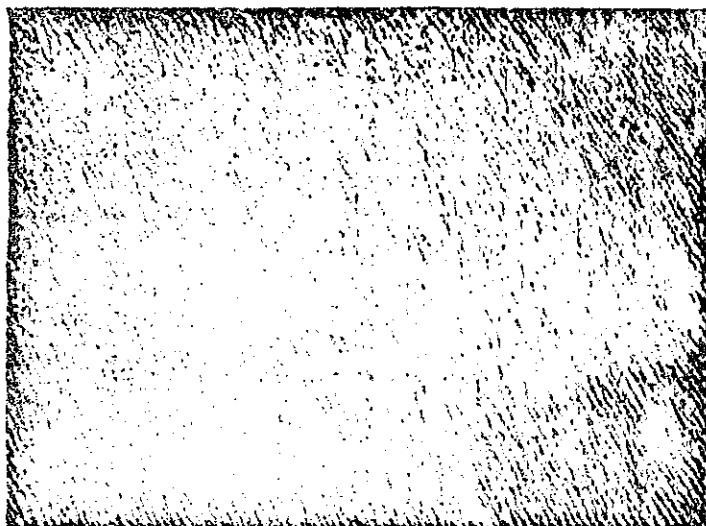


Fig. 11 — Pinta tardia. Hiperpigmentação, acromia e atrofia cutânea.

das vezes, é impossível obter os dados relativos ao início da doença, sintomas e tratamentos já efetuados. Devido a estes aspectos, evitamos a classificação da pinta em primária, secundária e terciária e, de acordo com MEDINA (6), adotamos a classificação em 2 fases: recente e tardia; sendo a fase recente subdividida em 2 períodos — inicial e de disseminação cutânea. Em alguns casos do período inicial, o aspecto clínico é tão semelhante à dermatofitose que, somente o exame micológico e a pesquisa direta do treponema poderão levar ao diagnóstico. Na fase de disseminação, as lesões são numerosas e dão aspectos muitas vezes semelhantes à pitiríase versicolor, eczematide e menos freqüentemente, hanseníase indeterminada (Fig. 4).

A fase tardia praticamente não oferece dificuldade diagnóstica; nesta fase, em quase todos os pacientes, observa-se a associação de manchas hipocrômicas, hiperocrômicas e acrômicas, dando ao enfermo aspecto multicolorido. Dependendo da predominância de manchas hiperocrômicas ou acrômicas, a pinta recebe as denominações vulgares de "pinta preta" ou "jenipapo" e "pinta branca" ou "maracajá". Em alguns casos, o acometimento é tão intenso que a pele normal

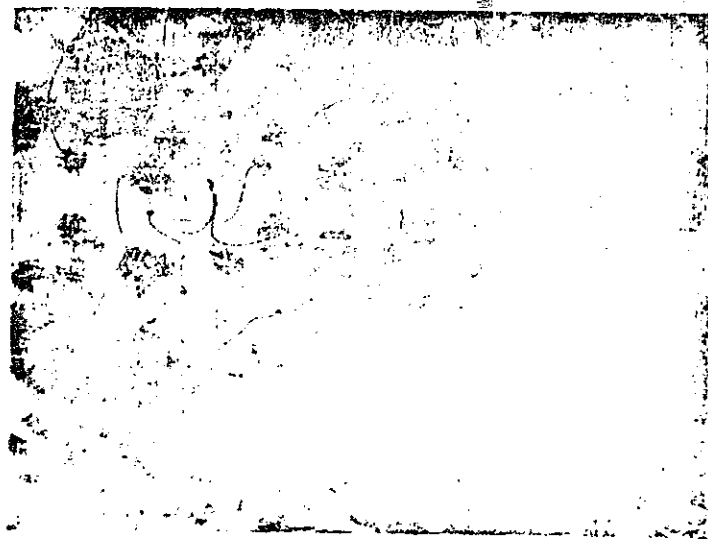


Fig. 12 — Pinta tardia. Hiperacromia, hiperqueratose folicular e acromia.

quase desaparece, restando pele íntegra apenas nas virilhas, região interescapular, genitália e couro cabeludo. Observamos a invasão do couro cabeludo em uma paciente e despigmentação do pênis e bolsa escrotal em 2 casos.

As lesões acrômicas, em todos os pacientes estudados, mostravam evidências clínicas de terem surgido em áreas previamente hiperocrômicas ou hipocrômicas. Julgamos este aspecto um elemento importante quando houver dúvida diagnóstica entre vitiligo e pinta tardia. A pinta tardia com lesões exclusivamente acrômicas, não foi encontrada em nenhum dos pacientes estudados. Praticamente, todos os doentes que apresentavam aspecto vitiligóide, evidenciavam lesões residuais em outras regiões, que sugeriam tratamento anterior (Fig. 15). Acreditamos também, ser muito importante para o diagnóstico diferencial com o vitiligo, a presença constante de lesões hiperocrômicas, lenticulares, tipo lentigo simples, no interior das manchas acrômicas e na sua periferia, nos portadores da fase tardia.

O bom estado geral dos pacientes, mesmo nos casos com longa

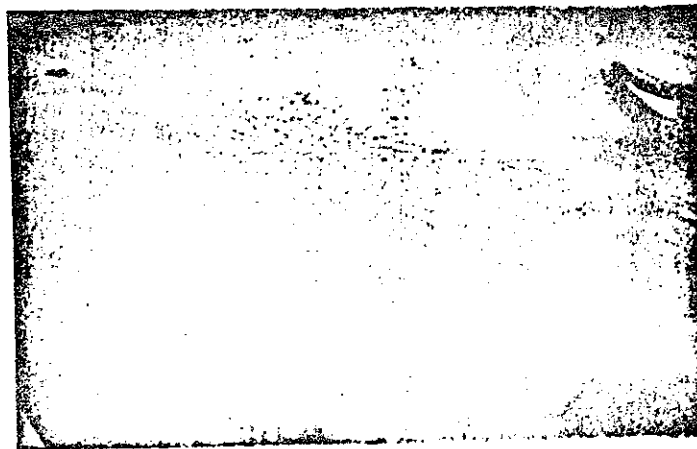


Fig. 13 — Pinta tardia. Hiperqueratose palmar com depressões puntiformes e manchas hipercrômicas.

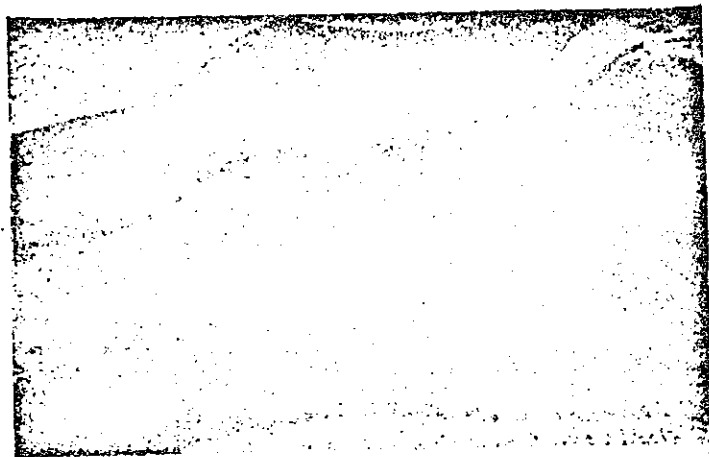


Fig. 14 — Pinta tardia. Manchas acrômicas, hipocrômicas e escamosas. Neste paciente as lesões estavam restritas a coxa, perna e pé esquerdo.

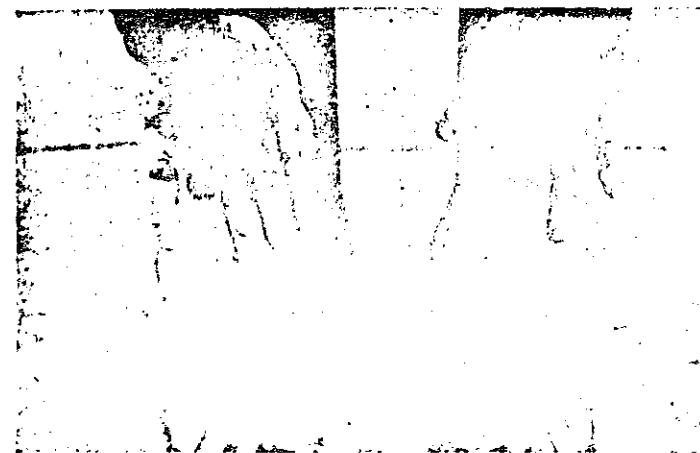


Fig. 15 — Pinta tardia. Aspecto vitiliginoso das lesões, após tratamento.

evolução, evidencia a benignidade da doença. Os enfermos desempenhavam normalmente as suas atividades e o exame clínico não revelou qualquer anormalidade que pudesse estar relacionada com a treponematose. Outra evidência da benignidade da pinta é a negatividade das reações sorológicas realizadas no liquor.

Em 115 pacientes portadores de pinta secundária e tardia, MEÇA e cols. (8) encontraram 73,9% de reagentes ao VDRL e 95% ao FTA-ABS. No presente estudo, se considerássemos apenas os pacientes portadores de fases disseminada e tardia, haveria 100% de positividade às reações sorológicas realizadas (VDRL, Reiter e FTA-ABS: Tabelas II e III). As reações sorológicas foram negativas, em 8 doentes do período inicial; nestes casos, o diagnóstico foi confirmado pela pesquisa direta do treponema nas lesões. Nos doentes deste período, com sorologia positiva, as reações quantitativas pelo VDRL apresentaram títulos entre 1/1 e 1/16. No período de disseminação os títulos oscilaram entre 1/16 e 1/128 (Tabelas II e III).

Os enfermos classificados como pertencentes à fase tardia, com títulos das reações quantitativas pelo VDRL de 1/2, 1/4, 1/8 e 1/16 provavelmente receberam tratamento anterior, pois, clinicamente apresentavam o aspecto vitiliginoso previamente descrito. Na presente casuística, todos os enfermos que evidenciavam o polimorfismo lesional típico do período terciário, mostravam títulos acima de 1/32.

Apesar do aspecto clínico ser sugestivo de pinta, em todos os casos estudados, não podemos afastar a possibilidade da coexistência de sífilis. Acreditamos ser válido ressaltar que as doenças venéreas são raras entre os índios Ticunas. A possibilidade de boubá também existe, porém em nenhum dos doentes encontramos evidências clínicas desta treponematose.

Os pacientes foram tratados com penicilina-G-benzatina em diferentes dosagens e o controle sorológico de cura vem sendo realizado, periodicamente, com a finalidade de estabelecerem-se as dosagens adequadas e evitar recidivas.

*Summary:*

The authors study the clinical and laboratorial aspects of 127 cases of Pinta, 12 in the initial phase, 21 in the disseminated phase and 94 in the late phase.

The following laboratory tests were done: VDRL, FTA-ABS and Reiter's treponemic antigen test.

All patients had positive tests except six patients in the initial phase of the disease. These patients with negative serology were confirmed as having the disease by isolating *Treponema carateum* directly from the lymph collected from cutaneous lesions.

All late phase patients had positive serological tests in blood but, in all 13 patients in which it was collected, spinal fluid testing was negative.

No other clinical abnormalities, other than the cutaneous lesions, were found in any of the 50 patients in the late and disseminated phases submitted to a thorough physical examination.

*Résumé:*

Les auteurs ont étudié les aspects cliniques et laboratoriels de 127 cas de pinta, dont 12 en période initiale, 21 en phase de dissémination et 94 dans la phase tardive. Trois tests sérologiques ont été réalisés: VDRL, immunofluorescence indirecte FTA-ABS, et antigène tréponémique de Reiter.

Tous les patients avaient des réactions sérologiques positives sauf six des patients de la phase initiale chez qui le tréponème a été démontré directement dans la lymphe cutanée des lésions. Tous les patients de la phase tardive avaient des réactions sérologiques positives mais, du moins chez 13 d'entre eux, les réactoins étaient négatives dans le liquide céphalo-rachidien. Aucune autre anomalie clinique, à l'exception des lésions de peau, n'a été relevée.

chez aucun des 50 patients de la phase disséminée ou de la phase tardive qui ont été soumis à un examen clinique complet.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BIOCCA, E. — Estudos Etno-biológicos sobre os índios do Alto Rio Negro, Amazonas. Nota II — Transmissão ritual e transmissão criminosa da espiroquetose discrômica (Puru-puru, Pinta, etc.) entre os índios do Rio Içana. Arq. Biol., 29: 7-12, 1945.
- 2) CRUZ, G. — Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Valle do Amazonas, 1913. In: Sobre o Saneamento da Amazonia. Manaus, P. Daou, 144-146, 1972.
- 3) GONÇALVES, A.P. — Pinta Experimental — Tese de Concurso para Docente Livre de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, 1964.
- 4) GUIMARÃES, F.N., & RODRIGUES, R.A. — O puru-puru da Amazônia. Mem. Inst. Osw. Cruz, 46: 135-193, 1948.
- 5) MATTA, A. — O puru-puru é uma treponematose. Amaz. Méd., 5: 59-80, 1941.
- 6) MEDINA, R. — Pinta. An endemic Treponematosis of the Americas. WHO (INT/VDT) 204.65: 1-23, 1955.
- 7) MEDINA, R. — EL Carate en Venezuela. Dermat. Venez. 3: 160-230, 1962/1963.
- 8) MESA, J.; RESTREPO, A., & CARTES, A. — A study of Fluorescent Treponemal Antibody adsorption (FTA-ABS) and VDRL tests in Pinta. Int. J. Derm., 2: 135-138, 1973.
- 9) NAVA, G.L. — La erradicación del mal del Pinto en México. Sal. Públ. Méx., 2: 383-393, 1976.
- 10) ROOTSELAAR, F.J. — Pinta in Indonesia. Documenta de Medicina Geographica et Tropica, 9: 33-44, 1957.
- 11) SAMPAIO, F.X.R. — Diário da Viagem da Capitania do Rio Negro no anno de 1774 e 1775. Lisboa: Typografia da Academia. 23-24, 1825.
- 12) VEGAS, M., & MEDINA, R. — Aspectos clínicos de la pinta o carate en Venezuela. Dermat. Venez., 2: 219-241, 1962.

Sinéσιο Talhari  
Fac. de Medicina da U. do Amazonas  
Serviço de Dermatologia  
Manaus 69000 — AM