

Dermatologia comparativa*

Comparative dermatology*

Arles Martins Brotas¹
Andrea Cunha Volta¹

Luna Azulay-Abulafia²
Leninha Valério do Nascimento³

Resumo: A dermatologia está ligada a diversas áreas do conhecimento e, de forma inusitada, neste caso, à parasitologia. As oportunidades através da "Dermatologia Comparativa" ampliam essas ligações com criatividade e facilitando a transmissão da mensagem.

Palavras-chave: *Giardia lamblia*; tuberculose cutânea; vacina BCG.

Summary: *Dermatology is related to other areas of knowledge and in this case, in an unusual manner, to parasitology. The opportunities offered by "Comparative Dermatology" amplify these relationships with creativity and facilitate the transmission of the message.*

Key words: *Giardia lamblia*; *tuberculosis, cutaneous*; *BCG vaccine*.

A vacina de BCG surgiu entre 1909 e 1916 pela atenuação *in vitro* do bacilo *Micobacterium bovis* por Calmette e Guérin e sua função é proteger o hospedeiro bloqueando a disseminação hematogênica do patógeno, limitando a infecção primária a proporções subclínicas. Seu efeito protetor tem duração de 15 anos.¹

A vacinação por BCG pode originar lesões papulosas, pustulosas ou ulcerações autolimitadas, benignas, deixando cicatriz residual. Ocasionalmente, poderá haver formação de abscesso em indivíduos que já tiveram contato com o bacilo, ou por infusão de volume inadequado, ou, ainda, devido a injeção muito profunda. Além disso, pode provocar complicações não específicas, como eritema nodoso, erupções exantemáticas, granulomas, cistos epiteliais e formação de quelóides ou, ainda, lesões específicas de lúpus vulgar, escrofuloderma, linfadenite regional intensa (complicação mais comum), abscessos subcutâneos, erupções tipo tuberculide, bem como ser responsável pelo fenômeno tipo Koch que corresponde a necrose e ulceração, frequentemente acompanhadas de linfadenite regional. Essa reação ocorre em indivíduos previamente sensibilizados ao bacilo.²

No caso aqui relatado, observou-se uma criança do sexo masculino com seis anos de idade e que 15 dias após a vacinação evoluiu com ulceração e linfangite axilar persistindo por três meses sem modificação. Curiosamente, surgiram duas lesões ulceradas, com bordas papulosas, induradas, paralelas, com eritema circunjacente, que assumiam aspecto muito semelhante ao do protozoário denominado *Giardia lamblia* em sua forma de trofozoítio (Figura 1). A *Giardia lamblia* apresenta a forma cística (forma infectante e de alta resistência) e a forma de trofo-

BCG (Bacille Calmette-Guérin) vaccine appeared between 1909 and 1916, prepared through the attenuation in vitro of the bacillus Micobacterium bovis by Calmette and Guérin. Its function is to protect the host by blocking the hematogenic spread of the pathogen, thereby limiting the primary infection to subclinical proportions. The resultant protection lasts for 15 years.¹

BCG vaccination can cause benign papular, pustular lesions or self-limiting ulceration, leaving a residual scar. Occasionally, abscesses can form in individuals that already had contact with the bacillus, or due to infusion of an incorrect volume or also due to an overly deep injection. Furthermore, it can provoke nonspecific complications, such as erythema nodosum, exanthematous eruptions, granulomas, epithelial cysts and keloid scars,^{2,3} as well as specific lesions of vulgar lupus, scrofuloderma, intense regional lymphadenitis (most common complication), subcutaneous abscesses and tuberculoid type eruptions. In addition it can be responsible for Koch's phenomenon that corresponds to necrosis and ulceration that is frequently associated with regional lymphadenitis. This reaction occurs in individuals previously sensitized to the bacillus.²

In the case reported here, 15 days after vaccination a male, six-year-old child coursed with ulceration and axillary lymphangitis persisting for three months without modification. Surprisingly, two parallel ulcerated lesions appeared, with indurated papular borders, with surrounding erythema, that assumed an aspect very similar to that of Giardia lamblia protozoa in its trophozoite form (Figure 1). Giardia lamblia can present a cystic form (infectious and highly resistant) as well as the trophozoite form that

Recebido em 04.09.2002. / Received in September, 04th of 2002.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 05.09.2002. / Approved by the Editorial Council and accepted for publication in September, 05th of 2002.

* Trabalho realizado nos Serviços de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. / Work done at the Dermatology Dept. of the Teaching Hospital Pedro Ernesto - UERJ.

¹ Residente e especializanda da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. / Resident, specializing in Dermatology at the College of Medical Sciences, University of Rio de Janeiro State.

² Professora assistente da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. / Assistant Professor of Dermatology at the College of Medical Sciences, University of Rio de Janeiro State.

³ Professora titular da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. / Titular Professor of Dermatology at the College of Medical Sciences, University of Rio de Janeiro State.

©2004 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(1):111-112, jan./fev. 2004.



Figura 1:
Lesões
ulceradas,
paralelas
com as bor-
das eritêma-
to-infiltradas.
*Figure 1:
Ulcerated
lesions,
parallel to
erythema-
tous infil-
trated
borders.*

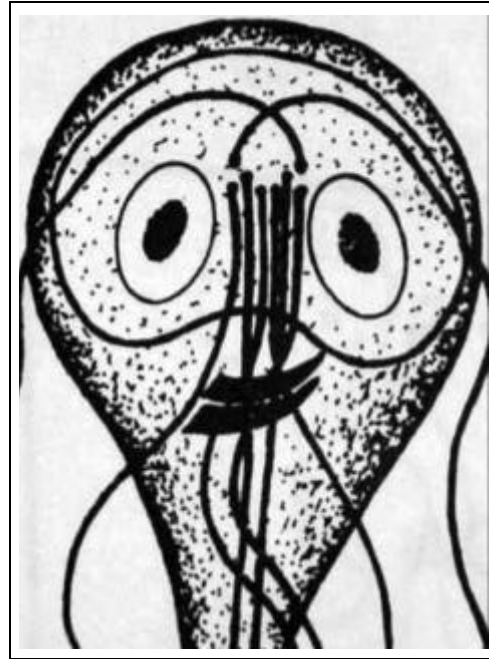


Figura 2:
Giardia
lamblia
(forma
trofozoita).
*Figure 2:
Giardia
lamblia
(trophozoite
form).*

zoíto que tem formato de pêra, com simetria bilateral correspondendo à região eritemato-infiltrada da lesão. Seus dois núcleos, em visão ventral, corresponderiam às úlceras em disposição paralela (Figura 2). O gênero Giardia foi, possivelmente, o primeiro protozoário intestinal humano a ser conhecido. A primeira descrição do trofozoíto tem sido atribuída a Anton van Leeuwenhoek (1681), e as denominações *Giardia lamblia*, *Giardia duodenalis* e *Giardia intestinalis* têm sido empregadas como sinonímia.⁴

A giardíase é doença cosmopolita. O quadro clínico pode manifestar-se poucas horas após a ingestão do protozoário e usualmente inclui diarreia ou constipação, dispepsia, dor abdominal, podendo causar manifestações sistêmicas como febre, dores articulares e prurido generalizado.⁵ É uma das principais causas de diarreia em crianças, originando problemas de má nutrição e retardo no desenvolvimento.⁴ O tratamento de primeira escolha deve ser feito com Secnidazol 2g, quatro comprimidos em dose única para adultos ou 30mg/kg/dia para crianças.⁵ □

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Gawkkodgr. D.J. Mycobacterial Infections. In: Rook, Wilkinson, Ebling. Textbook of Dermatology: Oxford: Blackwell, 1998:1181-1214
 2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Tuberculose e Micobacterioses Atípicas. Dermatologia. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998:453-66.
 3. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and Other Mycobacterial Infections. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine: New York: McGraw-Hill, 1999: 2274-2288.
 4. Sogayar MITL, Guimarães S. Giardia lamblia. In: Parasitologia. 107-13.

has pear-shaped format, with bilateral symmetry corresponding to the erythematous-infiltrated area of the lesion. From the ventral view, its two nuclei, correspond to ulcers in a parallel arrangement (Figure 2). The Giardia genus was possibly the first human intestinal protozoan to be discovered. The initial description of the trophozoite has been attributed to Anton van Leeuwenhoek (1681), and the denominations *Giardia lamblia*, *Giardia duodenalis* and *Giardia intestinalis* have been used as synonyms.⁴

Giardiasis is a cosmopolitan disease. The clinical picture can present just a few hours after ingestion of the protozoa and usually includes diarrhea or constipation, dyspepsia, abdominal pain and can cause systemic manifestations such as fever, articular pain and widespread pruritus.⁵ It is one of the main causes of diarrhea in children, leading to problems of malnutrition and developmental retardation.⁴ The first choice treatment is 2g Secnidazol, in a single dose of four tablets for adults or 30mg/kg/day for children.⁵ □

5. Soli ASV. Parasitoses intestinais. In: Schechter M, Marangoni DV. Doenças Infecciosas. Conduta Diagnóstica e Terapêutica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998: 414-24.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: / MAILING ADDRESS:

Arles Martins Brotas
 Av. 28 de Setembro, 87
 Rio de Janeiro RJ 20551-030
 Tel.: (21) 9761-5777
 E-mail: brotar@bol.com.br

Prezado(a) colega,

A seção Iconografia procura apresentar fotografias de casos clínicos que possam vir a ter semelhança com aspectos de outra natureza. Se você tem algum artigo que se encaixe nesta seção, contribua com os Anais Brasileiros de Dermatologia, enviando-o para o nosso endereço:

Av. Rio Branco, 39 / 18º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20090-003