



MEDICINA

PÉ DE ATLETA

Pelo Dr. CÉSAR GUILLERMO ZALDIVAR

Entre as enfermidades da pele, existe uma afecção muito difundida chamada "pé de atleta". Esta afecção se denomina, em dermatologia, epidermofitose e se caracteriza por lesões de aspecto eczematóide, tendo sido classificada até bem pouco tempo como eczema — que significa ebulição — por apresentar-se sob a forma vesiculosa, escamativa ou macerativa. Se localiza de preferência nos pés, nos espaços interdigitais, podendo, entretanto, passar às mãos. Os franceses a chamam "Complejo do Pé" em virtude da infecção mista que desde logo se apresenta, dando lesões tipo rachaduras e bolhas que se assemelham à eczema interdigital.

Com desaparecimentos periódicos e recrudescências, a afecção se prolonga, muitas vezes, indefinidamente.

O vulgo, sem maiores esclarecimentos, crê que esta enfermidade é devida ao ácido úrico ou a uma desidrosia, quando em realidade as três afecções são distintas.

Sabouraud descobriu, em 1910, que o agente causal patogênico e habitual desta afecção era um parasito vegetal ou fungo, o que ficou demonstrado ao juntar-se à superfície superior das vesículas certa quantidade de soda cáustica a 40%, observando-se minutos depois ao microscópio, filamentos micelianos típicos, entre as células córneas de pele.

Este fungo é o chamado "epidermophyton inguinal".

As melhores observações sobre o "pé de atleta" foram feitas durante a Primeira Guerra Mundial, onde a íntima associação de milhares de soldados, proporcionou um excelente meio de disseminação da doença.

Após a guerra, o incremento das atividades atlético-desportivas nos clubes, piscinas, praias, etc., fizeram das dependências de vestiários, dos pisos dos banheiros e da roupa a usar outro campo de disseminação.

Atualmente, está demonstrado que nas grandes cidades e nos centros onde existem instalações do tipo acima relacionado, se observam uma maior incidência das doenças dermatológicas do tipo das micoses, do que naquelas onde há carências de instalações de piscinas, duchas comuns, de estrado de madeira gradeados ou duchas coletivas. O mesmo, também, se observa em relação aos lugares onde não se anda descalço e não se usam roupas adequadas aos desportos correspondentes.

A enfermidade se apresenta sob 3 aspectos, de vesículas, de escamas ou de maceração interdigital.

A forma vesiculosa, aparece como pequenas bolhas isoladas ou confluentes em número de duas ou mais e de tamanho variado, entre a cabeça de um alfinete e um grão de arroz, contendo um líquido transparente coberto por uma pele gros-

sa. Estas pequenas bolhas secretam bastante líquido, razão pela qual determinam reações dolorosas e inflamatórias em volta das vesículas, provocando elevação de temperatura local e até reação linfática. Devido à facilidade de se infectarem o conteúdo se torna leitoso ou amarelado, sangram ou secam cobrindo-se de uma crosta acinzentada. A esta forma vesiculosa se chamou por muito tempo "DESHIDROSIS" até que se comprovou que somente 50% das "deshidrosis" vesiculares" se localizam nas mesmas regiões, as quais têm preferência pelas mãos e são de incidência hibernal.

Acredita-se, atualmente, que as "deshidrosis" puras se devem a fatores irritativos internos ou externos (deshidrosis por contato), sendo sempre a causa o esgotamento neurocirculatório, por conseguinte, o conceito antigo que as atribua ao produto de obstruções das glândulas sudoríparas é falso, e o seu tratamento como se compreende se faz através da melhora dos distúrbios nervosos e circulatórios.

O vulgo correntemente crê que esta forma vesiculosa dos pés é devida à eliminação do ácido úrico; tratando-a como tal, com efervescentes enérgicos, dissolventes do ácido úrico etc., ou ainda confundindo-a com afecções semelhantes: artritismo, litiasis, gôta ou reumatismo crônico.

O emprêgo destes tratamentos está tão difundido que sem prévia consulta se ingerem poções a título de evitar a formação de um excesso de ácido úrico no organismo ou aumentar sua eliminação, quando no entanto, o pé de atleta e a desidrosis nada têm a ver com estas infecções.

A forma escamosa do "pé de atleta" tem sede em maior número de casos nos pés que nas mãos. A região se cobre de escamas que avançam dos dedos até o talão dos pés e respectivos tornozelos, a das mãos até os cotovelos, podendo tomar a forma de placas irregulares eritemato-escamosas e vasculares semelhantes a um eczema ou uma infecção local.

A terceira forma, macerativa interdigital, é a mais freqüente e a mais incômoda, porém pode coincidir com as outras formas anteriores. Localiza-se de preferência entre os dedos nos sulcos interdigitais e nas faces laterais dos mesmos, assemelhando-se a uma massa branca ou branco-amarelada, úmida, macerada e muito pruriginosa. As fissuras que se localizam no quarto ou quinto dedo do pé, na sua base, entre estes dois dedos ou na parte inferior, são facilmente diagnosticadas.

Levantando-se esta massa esbranquiçada, aparece a epiderme macerada deixando ver uma superfície eritematosa.

As pessoas e os desportistas, em particular, devem saber:

1.º — Que o "pé de atleta" é mais freqüente nas épocas quentes ou no princípio do verão até a próxima troca de estação, ou quando aumenta a umidade dos pés.

A troca de estação, faz pois o papel de sensibilização, sendo os lugares de verão ou de esporte, os de maior contágio.

2.º — Que esta epidermofitose, determina lesões quase sempre simétricas, dando, às vezes, manifestações do tipo alérgico a distância, o que equivale a dizer que produzem lesões iguais às dos pés em outras regiões onde se encontra o fungo.

3.º — Que o "pé de atleta" é uma enfermidade parasitária produzida pelo "epidermophyton inguinal" ou outras famílias que atacam somente a epiderme, daí serem, também, conhecidas como tina dos pés. Este mesmo parasito determina outras lesões características tais como a chamada tina crural, ou eczema marginatum, ou ainda a sarna dos joelhos que se caracteriza por placas eritematosas (avermelhadas), descamativas ou vesiculosas, que fazem crosta e se localizam na parte interna das coxas, devido o roçar da calça de montaria que sempre está reforçada nesta parte por um complemento de couro.

As lesões podem invadir o baixo ventre, a região dos órgãos genitais e avançar até o umbigo, as axilas e as mãos.

4.º — Que esta enfermidade ataca a qualquer raça e de preferência na idade adulta.

Inicia-se nos espaços interdigitais e nas pregas de flexão dos dedos do pé com tendência a avançar para a face dorsal, plantar e o calcanhar, sofrendo ataques agudos sucessivos, a que se assemelham, a eczemas secos ou úmidos, segundo apresente vesículas, escamas, ou maceração.

Nestes casos, ou quando se infectam, dificultam a marcha do processo, produzem muita coceira e até modificam o caráter do mal.

TRATAMENTO — De acordo com os estudos modernos caíram em descrédito as curas realizadas com águas termais e os regimes alimentícios especiais.

Sua grande difusão e as formas que toma a enfermidade têm sido motivo de muitos ensaios terapêuticos com substâncias queratolíticas, nas formas macerada ou escamosa. A forma vesiculosa, requer curas úmidas de permanganato de potássio, na proporção de um a três por mil, aplicando-se a seguir a pasta de LASSAR.

Desaparecida a inflamação, se aplicam pomadas tôdas as noites depois de se lavar a região com água e sabão.

Durante o dia se pulveriza com talco. Sugere-se ferver as meias e trocar de sapatos, freqüentemente, ou melhor, co-

locá-los durante 24 horas, numa solução de formol a 40% a fim de esterilizá-los, deixando-se depois 24 horas ao ar livre para arejá-los.

Se as lesões estão infectadas, impetiginadas, convém lavar primeiro com uma solução de sulfato de cobre ou com um cosimento de malva, durante três horas e a noite e, então, aplicar uma pomada misturando-se pomada ictiolada com óxido amarelo em partes iguais.

Também se fazem tratamentos com iodo puro ou diluído com ácido salicílico a 5% ou precipitado branco a 1%.

Exemplo de algumas fórmulas:

- | | |
|---------------------------|------------|
| 1 — Óleo de cade | 5 gramas |
| Ácido salicílico | 1 grama |
| Ácido benzóico | 3,0 gramas |
| Óxido de zinco | 3 gramas |
| Vaselina | 30 gramas |
| (Para aplicar à noite) | |
| 2 — Iodo a um por cento | 1 grama |
| Ácido salicílico | 1 grama |
| Ácido benzóico | 2 gramas |
| Alcool | 100 gramas |
| 3 — Iodo metalóidico | 1 grama |

Ácido salicílico	1 grama
Ácido benzóico	2 gramas
Licor de Hoffmann	100 gramas

4 — Nitrato de prata em solução a 20% para toques depois de rebentar as bolhas.

5 — Ácido fênico para ser dissolvido e mgraú com cânfora em partes iguais (exemplo: 10 gramas de cada um).

No comércio, encontra-se uma série de produtos à base de ácido undecilênico, de ácido salicílico e de ácido benzóico em pastas, unguentos, pomadas, tinturas etc., difundidas a título de preventivos ou curativos. Dentre êles o que tem merecido maiores considerações é o ácido undecilênico, desde que foi demonstrado que os ácidos graxos, entre êles, o undecilênico das secreções sebáceas orgânicas, têm ação fungicida e fungostática o que equivale a dizer, que destroem ou inibem o desenvolvimento dos fungos tal como se passa no couro cabeludo dos meninos, que curam espontaneamente quando êstes entram em puberdade e a sebosidade fisiológica se converte em se-

borréa. Por extensão, começou-se a aplicar em casos semelhantes — tinha — mesmo que produzidas por outros fungos. Outros tratamentos menos comuns consistem na radioterapia em doses fracionárias nos casos rebeldes e no emprêgo dos raios ultravioletas. Em qualquer dos casos, quando fica demonstrado o terreno alérgico está, perfeitamente, justificado o emprêgo simultâneo de produtos antialérgicos — desensibilizante.

PROGNÓSTICO: — “O pé de atleta” é uma afecção rebelde. Apresenta recidiva freqüentemente nas épocas de calor.

A DESIDROSIS — Requer além do tratamento geral, aplicações úmidas de permanganato de potássio de 1 a 8 por mil, por várias horas. Se as vesículas são muito grandes há necessidade de rompê-las. Nos intervalos dos curativos úmidos, aplica-se uma pomada suave de ictiol em óxido de zinco a 3%, ou um creme suave. Protege-se as mãos com luvas de borracha ou de lã.

(Traduzido da “Revista de Medicina Desportiva” — Peru).