



Desvendando a Tinea Capitis: da etiologia ao tratamento

Naysa Gabrielly Alves de Andrade ¹, Isla Kelly Alves de Andrade¹, Bruno Silva Zanuto¹, Fernanda Mendonça Ferreira², Geiziele Lasmar Bispo³, Isabela Ribeiro Colmiran⁴, Isis Ribeiro Colmiran⁵, João Pedro Alves de Moraes Assis¹, Rodrigo Daniel Zanoni⁶

Revisão Integrativa de Literatura

RESUMO

A Tinea Capitis, ou infecção fúngica do couro cabeludo, é uma condição dermatofítica que afeta principalmente crianças e é causada por dermatófitos, que são fungos capazes de infectar tecidos queratinizados. Existem três grupos de dermatófitos: antropofílicos, zoófilos e geofílicos. As manifestações clínicas variam desde lesões pouco inflamatórias a placas inflamatórias granulomatosas, dependendo da etiologia e resposta imune do hospedeiro. O diagnóstico envolve sinais clínicos, exames laboratoriais, como cultura fúngica e exame direto, e tricoscopia. A Tinea Capitis é diferenciada de outras condições que causam alopecia e descamação do couro cabeludo, como a alopecia areata e a tricotilomania. O tratamento inclui antifúngicos sistêmicos e tópicos, com o objetivo de erradicar o fungo, aliviar os sintomas, prevenir a alopecia cicatricial e reduzir a transmissão. O tratamento sistêmico requer monitoramento devido a possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas. O tratamento tópico ajuda a prevenir a disseminação secundária de esporos de fungos. Crianças refugiadas de origem africana enfrentam desafios para obter tratamento eficaz, mas a griseofulvina tem se mostrado eficaz na maioria dos casos, com poucos efeitos colaterais. É importante combinar tratamentos tópicos e orais para minimizar a propagação da doença. O diagnóstico diferencial envolve a distinção entre Tinea Capitis, tricotilomania e alopecia areata. Além disso, a abordagem de saúde mental e os desafios enfrentados pelas pessoas afetadas são destacados. O trabalho enfatiza a importância do diagnóstico precoce, do tratamento eficaz e da pesquisa contínua para melhorar as estratégias de tratamento e prevenção, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por essa infecção. O conhecimento, a conscientização e o investimento em cuidados relacionados à Tinea Capitis são essenciais para garantir tratamentos mais eficientes e apoio abrangente aos pacientes, abordando não apenas questões médicas, mas também emocionais e sociais relacionadas à doença.

Palavras-chave: Tinea Capitis, Dermatofitose, Resposta imune, Tratamento.

Unraveling Tinea Capitis: from etiology to treatment

ABSTRACT

Tinea Capitis, or scalp fungal infection, is a dermatophytic condition that primarily affects children and is caused by dermatophytes, fungi capable of infecting keratinized tissues. There are three groups of dermatophytes: anthropophilic, zoophilic, and geophilic. Clinical manifestations range from minimally inflammatory lesions to granulomatous inflammatory plaques, depending on the etiology and host immune response. Diagnosis involves clinical signs, laboratory tests such as fungal culture and direct examination, and trichoscopy. Tinea Capitis is differentiated from other conditions that cause alopecia and scalp scaling, such as alopecia areata and trichotillomania. Treatment includes systemic and topical antifungals, aiming to eradicate the fungus, alleviate symptoms, prevent cicatricial alopecia, and reduce transmission. Systemic treatment requires monitoring due to potential side effects and drug interactions. Topical treatment helps prevent secondary spread of fungal spores. African refugee children face challenges in obtaining effective treatment, but griseofulvin has proven effective in most cases, with few side effects. It is important to combine topical and oral treatments to minimize disease spread. Differential diagnosis involves distinguishing between Tinea Capitis, trichotillomania, and alopecia areata. In addition, the mental health approach and challenges faced by affected individuals are highlighted. The work emphasizes the importance of early diagnosis, effective treatment, and ongoing research to improve treatment and prevention strategies, aiming to improve the quality of life of those affected by this infection. Knowledge, awareness, and investment in Tinea Capitis-related care are essential to ensure more efficient treatments and comprehensive patient support, addressing not only medical issues but also emotional and social issues related to the disease.

Keywords: Tinea Capitis, Dermatophytosis, Immune response, Treatment.

Instituição afiliada – ¹Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde-GO. ² Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Campus Trindade - GO. ³ Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). ⁴ Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Campus Londrina. ⁵ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá (Uningá). ⁶ Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas

Dados da publicação: Artigo recebido em 17 de Outubro e publicado em 27 de Novembro de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p3954-3967>

Autor correspondente: Naysa Gabrielly Alves de Andrade - naysagabriellya@gmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

Explicar sobre o assunto de maneira clara e concisa, referenciando todos os autores que tiverem suas ideias expressas em seus argumentos. A Tinea Capitis, ou infecção fúngica do couro cabeludo, é uma condição dermatofítica que afeta principalmente crianças. Ela é causada por dermatófitos, fungos com a capacidade de invadir e infectar tecidos queratinizados, como cabelos, pele e unhas em seres humanos e alguns animais. Essa invasão é possibilitada pela presença da enzima queratinase, que permite aos dermatófitos parasitar estruturas queratinizadas. Existem três grupos de dermatófitos: antropofílicos, zoófilos e geofílicos.

A infecção pela Tinea Capitis pode se manifestar de diversas maneiras, variando de lesões pouco inflamatórias a placas inflamatórias granulomatosas, dependendo da etiologia e resposta imune do hospedeiro. O diagnóstico é baseado em sinais clínicos, exames laboratoriais, como cultura fúngica e exame direto, e tricoscopia. É fundamental diferenciar a Tinea Capitis de outras condições que causam alopecia e descamação do couro cabeludo, como a alopecia areata e a tricotilomania.

O tratamento da Tinea Capitis envolve o uso de antifúngicos sistêmicos e tópicos, dependendo da causa subjacente da infecção. Os objetivos terapêuticos incluem a erradicação do organismo, alívio dos sintomas, prevenção da alopecia cicatricial e redução da transmissão para outras pessoas. O tratamento sistêmico deve ser monitorado de perto, devido a possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Este trabalho também destaca a importância do diagnóstico precoce e tratamento eficaz da Tinea Capitis, especialmente em comunidades onde a prevalência da doença é elevada, como entre crianças refugiadas de origem africana. Além disso, são abordadas questões relacionadas à saúde mental de pacientes afetados por essa condição e os desafios enfrentados na obtenção de tratamento adequado. Estudos futuros são necessários para melhorar estratégias de tratamento e prevenção, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por essa infecção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de novembro de 2023, por meio de pesquisas na base de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores: Tinea Capitis e Children. Desta busca foram encontrados 1531 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos sem restrições de idioma, publicados no período de 2018 a 2023, que abordaram as temáticas propostas por esta pesquisa, disponibilizados na íntegra e gratuitos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de seleção.

Após os critérios de seleção restaram 5 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando o diagnóstico da endometriose, epidemiologia, impactos da doença na qualidade de vida e abordagens de tratamento e gerenciamento.

RESULTADOS

ETIOLOGIA

As dermatofitoses são classificadas de acordo com sua localização nos seguintes tipos: tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea unguium, tinea barbae, tinea manum e tinea capitis (MESSINA et al., 2021). A TC geralmente ocorre em crianças pequenas. A frequência dessas lesões e sua extensão diminuem em crianças mais velhas e durante a puberdade são menos frequentes.

Os dermatófitos responsáveis pela Tinea Capitis (TC) representam um conjunto de fungos estreitamente relacionados, com a capacidade de invadir e infectar tecidos queratinizados. Isso ocorre devido à presença da enzima queratinase, que lhes permite parasitar cabelos, pele e unhas em seres humanos, bem como em alguns animais. Esses micro-organismos são responsáveis por causar infecções geralmente superficiais, com a primeira manifestação ocorrendo no estrato córneo da pele e suas estruturas associadas. Os dermatófitos podem ser categorizados em três grupos distintos: os



antropofílicos, que exclusivamente causam micoses em seres humanos; os zoófilos, que inicialmente infectam animais e, posteriormente, podem ser transmitidos aos seres humanos; e, por fim, os geofílicos, que são encontrados no solo e se alimentam da queratina presente nesse ambiente, tornando-se uma fonte de infecção para as estruturas queratinizadas tanto de animais quanto de seres humanos (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

Mecanismos de Invasão e Resposta Imune na Tinea Capitis

A Tinea Capitis (TC) é uma infecção caracterizada pela invasão da haste capilar por dermatófitos, que pode ser de origem zoofílica, transmitida por animais, comumente associada a um componente inflamatório, ou de origem antropofílica, disseminada de humano para humano, geralmente gerando lesões pouco inflamatórias e persistentes (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

A invasão da haste capilar inicia-se com a primeira fase de invasão epidérmica ou da haste capilar, que envolve a adesão das estruturas fúngicas, conhecidas como artroconídios, aos queratinócitos. A penetração na haste capilar requer a produção de uma variedade de enzimas proteolíticas que atuam em diferentes ambientes, ácidos, alcalinos ou neutros. Entre essas enzimas, destacam-se as queratinases, que desempenham um papel fundamental na capacidade do fungo de penetrar no tecido queratinizado (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

Quando o corpo reconhece a presença do microrganismo invasor, desencadeia uma resposta imune inata para controlar a infecção. Parte dessa resposta envolve a expressão de peptídeos antimicrobianos naturalmente produzidos, incluindo b-defensinas humanas (hBD), catelicidina LL-37 e dermicidina (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

As invasões da haste capilar podem ser classificadas em três tipos principais, que parcialmente determinam as características clínicas da infecção (VARGAS-NAVIA et al., 2020):



1. Endotrix - Neste tipo, o fungo parasita o interior da haste capilar, com as hifas crescendo ao longo do cabelo e penetrando na bainha do cabelo, deixando a cutícula intacta. Esse tipo de infecção não apresenta fluorescência sob luz de Wood. Clinicamente, os cabelos quebram ao nível do couro cabeludo, resultando em "cotos" inchados dentro dos folículos.

2. Ecto-endotrix - Esta forma de infecção envolve a parasitação tanto interna quanto externa da haste capilar, com as hifas crescendo em direção ao bulbo do cabelo, tanto interna quanto externamente ao folículo. Em alguns casos, podem desenvolver-se artroconídios dentro e fora do cabelo. Clinicamente, essa forma de infecção se manifesta como placas alopecias, frequentemente acompanhadas de escamas, e os cabelos podem quebrar a 2-3 mm ou mais acima do nível do couro cabeludo.

3. Favus - Caracterizada por espaços de ar nas hastes capilares e a formação de grandes grupos de hifas fúngicas na base do cabelo, com penetração no folículo ao nível da epiderme. O favus é um tipo de micose inflamatória, apresentando crostas queratóticas amareladas e elevadas em torno dos folículos capilares, que contêm hifas e podem ser altamente infecciosas. Os cabelos afetados geralmente sofrem menos danos do que em outros tipos de infecção e podem continuar a crescer até um comprimento considerável.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas como queda de cabelo, descamação e coceira podem levantar suspeitas da doença. Dependendo da resposta imune do hospedeiro e da etiologia, o quadro clínico pode variar desde envolvimento bem definido até difuso do couro cabeludo, que pode estar inflamado ou não. Em geral, a inflamação é um sinal de infecção pelas espécies zoofílicas, enquanto as infecções pelas espécies antropofílicas



são mais discretas e podem ser manifestadas por cabelos quebrados e formação discreta de escamas (ANDERSEN et al., 2020).

A Tinea Capitis (TC) se apresenta clinicamente em duas formas distintas: seca e inflamatória. A forma seca da TC se caracteriza por descamação, pelos curtos, grossos, frequentemente deformados e ocasionalmente cobertos por uma bainha esbranquiçada. Essa forma seca pode ser subdividida em duas variantes: microspórica e tricofítica (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

A variante microspórica da TC está associada ao gênero *Microsporum* spp e se manifesta por uma ou várias placas de tamanho considerável. Os pelos afetados são curtos e quebradiços, muitas vezes quebrando-se no mesmo nível, podendo convergir para formar uma única placa extensa. À medida que a infecção progride, pode ocorrer uma acentuada descamação, quebra da cutícula e, eventualmente, resultar em cabelos frágeis e quebradiços (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

A variante tricofítica da TC na forma seca é caracterizada por alopecia difusa, com a presença de placas pequenas e irregulares intercaladas com fios capilares saudáveis. Os cabelos afetados tendem a quebrar-se na superfície, muitas vezes revelando a abertura do folículo. O principal agente causal dessa variante é o *Trichophyton tonsurans*, seguido por *Trichophyton mentagrophytes* e *Trichophyton rubrum*

A forma inflamatória da Tinea Capitis, também conhecida como "kerion de Celsus," é predominantemente causada por *Microsporum canis* e *Trichophyton tonsurans*. Esta apresentação se caracteriza por uma placa granulomatosa, composta por pústulas e múltiplos abscessos. A forma inflamatória pode estar associada a linfadenopatia, dor localizada, febre, mal-estar geral e frequentemente regredir, deixando uma área de alopecia cicatricial (VARGAS-NAVIA et al., 2020)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico preciso e o tratamento efetivo da Tinea Capitis são de vital importância, especialmente em comunidades pediátricas imigrantes onde a prevalência desta condição é notavelmente elevada. O diagnóstico da Tinea Capitis é primariamente fundamentado em sinais clínicos, tais como a descamação do couro cabeludo. Contudo,

a confirmação deste diagnóstico é realizada através de exames laboratoriais, incluindo cultura fúngica e exame direto (KASSEM; et al, 2021).

Outra ferramenta útil no diagnóstico da Tinea Capitis é a tricoscopia, técnica não invasiva de avaliação dos cabelos e couro cabeludo, que pode ser realizada através de um dermatoscópio que amplia 10x, ou através de um videodermatoscópio, que amplia de 20x a 70x., permitindo a visualização de padrões dermatoscópicos característicos da TC como pêlos em "vírgula", "saca-rolhas", "zigue-zague", "código Morse", pêlos curtos, cravos, eritema e descamação perifolicular, achados que facilitam sua diferenciação com outras patologias do couro cabeludo (VARGAS-NAVIA et al., 2020). Porém, de toda maneira, a confirmação diagnóstica deve ser realizada com estudo micológico direto e cultura, coletando amostra de cabelos quebrados ou cravos.

A enfermidade normalmente não requer notificação obrigatória. No entanto, se for identificada uma infecção antropofílica por dermatófitos em creches, é essencial informar o médico oficial, uma vez que a detecção dessa infecção pode ter relevância (ANDERSEN et al., 2020).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial varia conforme a apresentação clínica, os achados do exame físico e a avaliação com as ferramentas diagnósticas mencionadas anteriormente. É crucial distinguir a Tinea Capitis de outras condições que podem resultar em alopecia, hipotricose e/ou descamação do couro cabeludo em crianças, especialmente a alopecia areata e a tricotilomania (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

A tricotilomania (TTM) é um distúrbio do controle dos impulsos caracterizado pelo hábito recorrente de puxar e autopuxar cabelos do couro cabeludo, sobrancelhas e/ou outras áreas do corpo. Isso resulta em áreas de hipotricose ou placas alopécicas irregulares. A TTM é constituída por pêlos curtos de comprimento variável, afetando principalmente a região parieto-occipital e o vértice. As características tricoscópicas típicas da TTM incluem cabelos irregulares, enrolados e fragmentados, além de tricoptilose (pontas duplas), sinal V (dois fios de cabelo fragmentados de igual comprimento originados do mesmo folículo), cabelos "espirais", "chama" (restos de

hastes capilares proximais), “in tuli pan” (terminações escuras em forma de tulipa) e pontos pretos irregulares (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

Por outro lado, a alopecia areata, uma patologia de etiologia autoimune, manifesta-se com manchas ovais e/ou difusas de alopecia. Ao contrário da TTM, a alopecia areata não apresenta alterações descamativas. Os achados dermatoscópicos característicos da alopecia areata incluem pêlos em ponto de exclamação (pêlos curtos), pontas duplas, pêlos curtos e manchas amarelas (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

Também é importante diferenciar a TC da psoríase do couro cabeludo, da dermatite seborreica, da furunculose e do impetigo do couro cabeludo, pois são infecções que podem ser confundidas com as formas inflamatórias da TC, mas são diferenciadas pela ausência de história epidemiológica.

TRATAMENTO

A Tinea Capitis, uma infecção fúngica do couro cabeludo que afeta predominantemente crianças, têm registrado um aumento na incidência em várias regiões do mundo ao longo dos anos. Antes da introdução do antifúngico griseofulvina em 1958, aproximadamente 200 mil crianças foram submetidas a tratamentos de radiação para induzir a depilação no combate à Tinea Capitis, com o objetivo de eliminar o fungo. No entanto, essa terapia resultou em diversos efeitos adversos a longo prazo, incluindo um aumento no risco de câncer, alopecia permanente e doenças mentais (SEGAL-ENGELCHIN; SHVARTS, 2020).

O tratamento para infecções fúngicas envolve o uso de antifúngicos sistêmicos em combinação com agentes tópicos. O tratamento tópico é recomendado para prevenir a disseminação secundária de esporos de fungos. A escolha da droga depende da causa subjacente da infecção. No caso de infecções por *Trichophyton spp.*, a terbinafina é geralmente a primeira opção, enquanto para *Microsporum spp.*, a griseofulvina demonstra maior eficácia (ANDERSEN et al., 2020).

Os objetivos do tratamento da Tinea Capitis (TC) compreendem (VARGAS-NAVIA et al., 2020):



1. Erradicação do organismo: Busca-se a cura clínica e micológica, eliminando o agente causador da infecção.
2. Alívio dos sintomas: Reduzir a coceira, inflamação e desconforto associados à TC.
3. Prevenção da alopecia cicatricial: Evitar danos permanentes ao couro cabeludo que podem resultar em perda de cabelo irreversível.
4. Redução da transmissão para outras pessoas: Minimizar a propagação da infecção para familiares ou contatos próximos.

Em muitos casos, o tratamento sistêmico é essencial para alcançar os objetivos terapêuticos. Embora o tratamento tópico não seja recomendado como monoterapia, é aconselhável utilizar antifúngicos tópicos como cetoconazol 2%, sulfeto de selênio e ciclopirox olamina em forma de shampoo. A aplicação deve ser feita de 5 a 10 minutos, 2 a 3 vezes por semana, durante um período de 15 dias (VARGAS-NAVIA et al., 2020)

Além disso, no manejo dos fômites, é importante adotar precauções ao cortar o cabelo, raspar a cabeça ou compartilhar pentes. Objetos contaminados devem ser desinfetados com hipoclorito de sódio ou água quente com sabão. Essas medidas visam não apenas tratar a infecção, mas também prevenir a disseminação e minimizar o risco de recorrência (VARGAS-NAVIA et al., 2020).

Antes de iniciar o tratamento com antifúngicos sistêmicos, é crucial avaliar a função hepática do paciente. Esses medicamentos são metabolizados pelo sistema do citocromo P450, o que pode resultar em várias interações com outros medicamentos. Caso a função hepática do paciente esteja dentro dos parâmetros normais antes do início do tratamento, é recomendado realizar medições periódicas em intervalos variáveis (geralmente a cada 2-6 semanas). No entanto, se o paciente apresentar enzimas hepáticas alteradas ou tiver um histórico conhecido de distúrbios hepáticos, o tratamento deve ser monitorado de perto e discutido com um especialista em medicina interna (ANDERSEN et al., 2020).

Em geral, os agentes tópicos não costumam apresentar efeitos colaterais significativos devido à sua má absorção. No entanto, quando se trata da terbinafina sistêmica, alguns efeitos colaterais comuns incluem desconforto gastrointestinal (GI) e



erupções cutâneas. Além disso, pode haver distúrbios do paladar e agravamento da psoríase. É importante observar que a terbinafina também pode desencadear lúpus eritematoso cutâneo sistêmico e subagudo, sendo relativamente contraindicada em pacientes com lúpus (ANDERSEN et al., 2020).

No caso da griseofulvina sistêmica, os efeitos colaterais frequentes envolvem distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça, fadiga, depressão e inquietação. No entanto, também existem efeitos colaterais mais raros e graves, como hepatite tóxica, dermatite fototóxica, parestesias, neuropatia periférica, leucopenia e proteinúria (ANDERSEN et al., 2020).

Devido à interação com contraceptivos orais, é recomendado o uso de métodos de contracepção de barreira durante o tratamento e por quatro semanas após para as mulheres. Além disso, os homens devem utilizar preservativos até seis meses após o término do tratamento, pois há suspeita de que a griseofulvina possa afetar negativamente a espermatogênese, potencialmente resultando em malformações fetais. No entanto, o significado clínico desses efeitos ainda é objeto de debate (ANDERSEN et al., 2020).

Nesse contexto, é possível avaliar a saúde mental de mulheres que foram submetidas à radiação para o tratamento de Tinea Capitis durante a infância, estabelecendo uma relação entre a perda de cabelo e problemas psicológicos, bem como baixa autoestima. O estudo revela que mulheres com maior queda de cabelo apresentam um risco aumentado, principalmente para ansiedade social, devido às experiências negativas vivenciadas por essas mulheres. Portanto, é fundamental que os serviços de saúde atendam às necessidades dessas mulheres, adotando uma abordagem de cuidado integral que considere vários aspectos da vida em sociedade, bem como aspectos físicos, sociais e emocionais, com o objetivo de promover a saúde do paciente. Logo, constata-se que há a necessidade de mais pesquisas nesta área para desenvolver melhores estratégias de tratamento e prevenção para Tinea Capitis, a fim de minimizar os efeitos a longo prazo do tratamento e melhorar a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas afetadas por esta condição (SEGAL-ENGELCHIN; SHVARTS, 2020).



A Tinea Capitis é comumente encontrada em crianças refugiadas de origem africana, sendo o fungo *Trichophyton violaceum* o principal causador. Essas crianças enfrentam desafios significativos para obter acesso a serviços de saúde especializados e tratamentos eficazes. Uma pesquisa conduzida com 76 crianças refugiadas diagnosticadas com Tinea Capitis entre 2016 e 2017 revelou informações valiosas. Neste estudo, foram realizados exames diretos e culturas de amostras do couro cabeludo e fragmentos de cabelo. Os pacientes receberam tratamento com antifúngicos orais, incluindo a griseofulvina, e foram monitorados durante todo o tratamento. Foi observado que a griseofulvina, administrada em uma dosagem de 50mg/kg/dia, foi eficaz em 97% dos casos, induzindo respostas clínicas positivas sem a ocorrência de efeitos colaterais relatados. É crucial ainda, combinar tratamentos tópicos com orais para minimizar a propagação da doença (KASSEM; et al, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, este trabalho abordou a Tinea Capitis, uma infecção fúngica do couro cabeludo que afeta principalmente crianças. Discutiu-se sua etiologia, mecanismos de invasão e resposta imune, manifestações clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento. Além disso, destacou-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento eficaz, especialmente em comunidades onde a prevalência da doença é elevada, como entre crianças refugiadas de origem africana. Também foram mencionados os desafios relacionados à saúde mental das pessoas afetadas por essa condição e a necessidade de estudos futuros para melhorar as estratégias de tratamento e prevenção, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por essa infecção.

Em um mundo onde a atenção à saúde e a qualidade de vida são preocupações fundamentais, entender a Tinea Capitis e seu manejo é de suma importância. Através da educação, conscientização e pesquisas contínuas, podemos garantir um diagnóstico mais preciso, tratamento mais eficaz e melhor atendimento às necessidades dos pacientes afetados por essa condição. Além disso, a ênfase na saúde mental e no impacto psicossocial da Tinea Capitis ressalta a importância de abordar não apenas as questões médicas, mas também as emocionais e sociais relacionadas à doença.

Portanto, é essencial que profissionais de saúde, pesquisadores e instituições de saúde continuem a colaborar para aprimorar os cuidados relacionados à Tinea Capitis,



garantindo um tratamento mais eficiente, prevenção adequada e suporte abrangente para as pessoas afetadas. A disseminação do conhecimento e o investimento em pesquisas futuras podem, em última análise, melhorar a qualidade de vida daqueles que enfrentam essa condição e reduzir o impacto negativo que ela pode ter, especialmente em populações vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, Pernille Lindso *et al.* Tinea capitis er en overset sygdom hos born. **Videnskab**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/tinea-capitis-er-en-overset-sygdom-hos-born>. Acesso em: 1 nov. 2023.

KASSEM, Riad *et al.* Tinea capitis in an immigrant pediatric community; a clinical signs-based treatment approach. **BCM Pediatrics**, [s. l.], 2021. DOI 10.1186/s12887-021-02813-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8390185/>. Acesso em: 1 nov. 2023.

MESSINA, Fernando *et al.* Tinea capitis: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas Tinea capitis: clinical features and therapeutic alternatives. **Revista Argentina de Microbiología**, [s. l.], 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ram.2021.01.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0325754121000110?via%3Dihub>. Acesso em: 1 nov. 2023.

SEGAL-ENGELCHIN, Dorit; SHVARTS, Shifra. Does Severity of Hair Loss Matter? Factors Associated with Mental Health Outcomes in Women Irradiated for Tinea Capitis in Childhood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], 2020. DOI 10.3390/ijerph17207388. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7601621/>. Acesso em: 1 nov. 2023.

VARGAS-NAVIA, Natalia *et al.* Tiña Capitis en niños. **Revista Chilena de Pediatría**, [s. l.], 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1345>. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020005001101&lng=en&nrm=iso&tIng=en#aff1. Acesso em: 1 nov. 2023.