

Escabiose: Revisão e Foco na Realidade Portuguesa

Felicidade Santiago¹, Gustavo Januário²

¹Assistente Hospitalar de Dermatologia/Consultant of Dermatology, Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

²Assistente Hospitalar de Pediatria/Pediatric Consultant, Unidade de Infeciologia e Serviço de Urgência, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO – Introdução: A escabiose é uma infestação cutânea parasitária comum nos cuidados de saúde primários, pediatria e dermatologia. Apesar de não ser ameaçadora da vida, tem elevada morbidade e impacto na qualidade de vida. Nos países em desenvolvimento, a escabiose está associada a altas taxas de sobreinfecção cutânea bacteriana, nomeadamente de impetigo. **Objetivos:** Rever os aspetos gerais da escabiose, com particular ênfase no diagnóstico e tratamento. Analisar a realidade epidemiológica nacional e internacional e as opções terapêuticas disponíveis em Portugal. **Material e métodos:** Revisão narrativa da literatura científica, incluindo livros e bases de dados científicas (PubMed/Medline, Cochrane, UpToDate, IndexRMP). **Discussão:** A escabiose é uma dermatose com características clínicas muito típicas, nomeadamente, o prurido frequente, a aparência das lesões cutâneas e sua distribuição, e a presença de contexto epidemiológico. O tratamento eficaz do doente e dos contactos próximos é dependente de um reconhecimento atempado da doença, sendo fundamental evitar atrasos no diagnóstico, baixa adesão ao tratamento e sua aplicação incorreta. **Conclusão:** Atendendo à eficácia e toxicidade das várias opções terapêuticas, a permetrina a 5% e a ivermectina oral são consideradas de primeira linha. Contudo, em Portugal, pela ausência de comercialização destas, o mais usado é o benzoato de benzilo. A explicação cuidadosa e correta do tratamento ao doente tem um papel essencial para o seu sucesso. Em Portugal, seria útil e aconselhável haver uma notificação dos casos de escabiose.

PALAVRAS-CHAVE – Benzoatos; Escabiose; Ivermectina; Permetrina; Portugal.

Scabies: Review and Focus on the Portuguese Reality

ABSTRACT – Introduction: Scabies is a parasitic cutaneous infection, which is common in primary care, pediatrics and dermatology. Although it isn't life threatening it causes considerable morbidity and has a substantial impact in the quality of life. In developing countries it is associated with high rates of cutaneous bacterial superinfection, namely impetigo. **Objectives:** To review the general aspects of scabies, with a particular emphasis on the diagnosis and treatment. To analyze the national and international epidemiological situation and the available treatment options, particularly in Portugal.

Material and Methods: Narrative review of the scientific literature, including textbooks and scientific databases (PubMed/Medline, Cochrane, UpToDate, IndexRMP). **Discussion:** Scabies is a dermatosis with typical clinical characteristics, namely pruritus, type of cutaneous lesions and their distribution, and presence of epidemiological context. Efficacy of treatment of scabies patients and close contacts depends on a timely diagnosis, and diagnostic delay, low-adherence to treatment and incorrect treatment application should fundamentally be avoided. **Conclusions:** Given the efficacy and toxicity of the various treatment options, 5% permethrin and oral ivermectin are considered first-line. However, in Portugal, since neither are available, benzyl benzoate is most frequently used. A careful explanation of treatment steps and its correct application is essential for therapeutic success. In Portugal it would be useful and advisable that scabies becomes a notifiable disease.

KEYWORDS – Benzoates; Ivermectin; Permethrin; Portugal; Scabies.

INTRODUÇÃO

A escabiose ou sarna humana é uma infestação cutânea parasitária frequente provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* (scabere – latim – coçar), que pertence à classe

Arachnida. Consiste numa erupção intensamente pruriginosa com um padrão de distribuição característico.¹⁻⁷ A escabiose pode assumir um carácter endémico preocupando a Organização Mundial de Saúde (OMS), ou surgir na forma de surtos

Correspondência: Felicidade Santiago
Serviço de Dermatologia - Centro Hospitalar de Leiria
Rua Olhalvas, 2410-196 Leiria, Portugal
Tel: + 351 244 817 000
E-mail: felicidadessantiago@hotmail.com

Recebido/Received
14 Janeiro/January 2017
Aceite/Accepted
16 Fevereiro/February 2017

Artigo de Revisão

e epidemias alarmantes nos países desenvolvidos.^{8,9} Clinicamente pode variar de formas ligeiras a aparatosas, como no caso particular da variante crostosa, sendo as opções de tratamento relativamente limitadas. Para o sucesso terapêutico é essencial garantir a adesão do doente e dos contactos próximos ao tratamento.⁴

Alguns dados revelam, infelizmente, uma dificuldade no diagnóstico da escabiose com consequente atraso na instituição do tratamento adequado. Estudos em idade pediátrica mostraram que o erro diagnóstico ocorreu em 41% dos casos,¹⁰ e o intervalo de tempo até ao diagnóstico variou de 35 a 62 dias.^{11,12}

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores efetuaram uma revisão narrativa do tema, em livros e bases de dados científicas (PubMed/Medline, Cochrane, UpToDate, IndexRMP) com seleção de informação relevante sobre escabiose, utilizando os termos (ou combinação de termos): “scabies”, “transmission”, “diagnosis”, “treatment”, “pediatric”, “Portugal”. Foram incluídos artigos de revisão, estudos observacionais, meta-análises, e pontualmente casos clínicos, em inglês e português, escritos nos últimos 20 anos (com exceção para artigos mais antigos que incluímos pela sua relevância).

EPIDEMIOLOGIA

A escabiose é comum em todo o mundo, estimando-se que 300 milhões de pessoas sejam afetadas anualmente.^{1,4,9,13} É um problema de saúde pública em comunidades desfavorecidas e em países em desenvolvimento, sendo endémica em muitas áreas.^{5,7,9} Entre comunidades aborígenes australianas e na África subsariana a sua prevalência pode atingir os 10% (50% no caso das crianças).^{4,5,9,14} Em 2013, a OMS adicionou a escabiose à lista das doenças tropicais negligenciadas.⁹

Em países industrializados, surge habitualmente sob a forma de casos esporádicos ou epidemias em instituições, particularmente de idosos, e em grupos socialmente desfavorecidos.^{1,5}

Os principais fatores de risco são a pobreza, aglomerados populacionais (por exemplo, campos de refugiados), malnutrição e má higiene, e o atraso no diagnóstico e tratamento do caso índice.^{1,2,5,6}

Em climas temperados, é mais comum no inverno, pela existência de maior proximidade física e pela sobrevivência aumentada do ácaro em temperaturas frias.^{1,2,4,5}

Pode ocorrer em ambos os géneros e em qualquer idade, grupo étnico e nível socioeconómico.^{1,5,15,16}

A epidemiologia da doença não é conhecida em Portugal, já que não é uma doença de declaração obrigatória nem há estudos nacionais publicados. Em idade pediátrica, destaca-se um estudo retrospectivo efetuado no serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra, em que ao longo de 8 anos (2007 a 2014), se diagnosticaram 253 casos de escabiose, média de 32 casos por ano e número máximo de casos anuais igual a 58.¹¹

Na Europa, a informação epidemiológica sobre a escabiose também escasseia. No Reino Unido, um estudo calculou que a prevalência média de escabiose durante 9 anos (1997-2005) foi de 2,81 e 2,27 por 1000 em mulheres e homens, respectivamente.¹⁴ Em França, a incidência anual é estimada em 337 casos por 100 000 habitantes.¹⁷

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE CAUSAL

O *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* é um parasita humano obrigatório. O ciclo de vida inicia-se com o ácaro adulto fertilizado a atravessar a epiderme e a escavar uma galeria na camada córnea, onde deposita dois a três ovos/dia. O período entre o ovo e o estadio adulto demora cerca de 10 a 15 dias.^{1,2,5,7,13,15,18}

Em média, numa escabiose vulgar, o número de ácaros estimado é de 10 a 15, contrastando com os milhares a milhões presentes na escabiose de indivíduos imunodeprimidos, variante norueguesa ou crostosa.^{1,18} O ácaro pode sobreviver fora do hospedeiro durante 24 a 72 horas, e sobretudo mais no caso de temperaturas frias com humidade alta, ou se tiver origem numa sarna crostosa.^{1,2,5,18}

TRANSMISSÃO

A escabiose é altamente contagiosa, e a transmissão ocorre habitualmente por contacto cutâneo direto pessoa-a-pessoa, por exemplo de pais para filhos e sobretudo da mãe para a criança, e com a partilha de leito.^{2,5,14-16} Em adultos jovens, o contacto sexual é uma forma importante de transmissão.¹⁹ Curiosamente, o contacto casual raramente é relevante.²

A transmissão por fomites é muito menos frequente, mas pode acontecer, por exemplo, vestindo ou contactando com roupas contaminadas, sobretudo nas formas de escabiose grave e/ou crostosa.^{1,2,5} A elevada contagiosidade da sarna crostosa relaciona-se com a maior carga parasitária e de escamas com ácaros que facilitam o contacto por fomites.^{1,5,18}

CLÍNICA

Os sintomas da escabiose são causados por uma reação imune de hipersensibilidade do hospedeiro aos ácaros e seus produtos (saliva, ovos e fezes). O período de incubação varia entre 3 a 6 semanas, podendo ser mais curto, 1 a 3 dias, caso se trate de uma reinfestação.^{1-3, 5,6,12,13}

O sintoma mais típico é o prurido, geralmente intenso, generalizado e com um agravamento noturno clássico.^{5,13}

Clinicamente, os doentes podem apresentar pequenas pápulas eritematosas, por vezes escoriadas e com crostas hemorrágicas à superfície.^{2,5} Os sulcos acarinos são lesões patognomónicas e correspondem a lesões lineares finas, acastanhadas ou avermelhadas, de 2 a 15 mm de comprimento. Nem sempre são evidentes, podendo estar mascarados pela escoriação, eczematização ou infeção secundária.^{1,2,5,12,16}

Os locais de eleição das lesões de escabiose são as pregas interdigitais das mãos e as faces laterais dos dedos



Figura 1 - Sulcos acarinos nos punhos de jovem adulto com escabiose.

das mãos, faces flexoras dos punhos (Fig. 1), axilas, cotovelos, umbigo, cintura pélvica, tornozelos, pés e nádegas. Nos homens, pode haver lesões no pênis e escroto, e nas mulheres, na aréola mamária.^{5,6,13} O dorso é geralmente poupado, assim como o couro cabeludo e a face, com a importante exceção das crianças e idosos.^{1,2,4,5,13,18}

Pode ocorrer igualmente uma urticária generalizada a acompanhar a escabiose, existindo casos descritos em que a urticária foi a manifestação inicial.^{20,21}

As crianças pequenas podem ser assintomáticas apesar de infestação extensa, ou apresentar sintomas inespecíficos como falta de apetite, irritabilidade, insônia ou insuficiente ganho ponderal.^{2,16,22} Nesta faixa etária o envolvimento da cabeça é típico, devido ao contacto com a pele materna infetada durante a amamentação, bem como o atingimento do pescoço, dorso, palmas e plantas (Figs 2 e 3). As lesões são mais inflamatórias, observando-se vesículas, pústulas e crostas.^{1,2,16} É comum a ecematização disseminada, sobretudo no tronco.^{2,22}



Figura 2 - Lactente de 5 meses com lesões disseminadas pela face e tronco.



Figura 3 - Pormenor das vesículas e pústulas na planta do pé do lactente.

Num estudo prospetivo, que incluiu 323 crianças, verificou-se que o grupo de crianças com idade inferior a 2 anos apresentava como características distintivas um atingimento preferencial da cabeça, plantas e dorso dos pés, bem como a existência de familiares com prurido.¹² As recidivas foram mais frequentes em idades inferiores a 15 anos.¹²

VARIANTES CLÍNICAS DA ESCABIOSE

Uma forma particular de escabiose é a nodular, que resulta de uma reação de hipersensibilidade exagerada, com o desenvolvimento de nódulos de consistência dura, vermelhos ou acastanhados, igualmente pruriginosos, com 5 a 10 mm de maior eixo.^{2,13} No adulto, encontram-se nas axilas, genitais e nádegas; e nas crianças podem ser encontrados em qualquer área do tegumento (mas nas menores de 2 anos observam-se sobretudo no dorso e axilas).¹² Podem estar presentes na fase de infestação ativa, ou persistir meses mesmo após um tratamento bem sucedido.^{5,13,16}

A sarna crostosa (ou norueguesa) é uma variante grave de escabiose em que ocorre uma hiperproliferação de ácaros não suprimida pelo sistema imune do hospedeiro.¹³ Ocorre tipicamente em doentes com imunidade comprometida (infecção VIH, leucemia, transplantados), malnutrição, incapacidade física ou mental, idade avançada, mas também em doentes pediátricos, particularmente com trissomia 21.^{2,5,6,23-25} Por estas características, cerca de metade dos doentes não apresenta prurido, ou este é apenas ligeiro.^{2,25} Nesta apresentação agressiva de escabiose, domina uma hiperqueratose com escamas e crostas espessas, podendo atingir qualquer área do tegumento (Fig. 4) mas predominando nos cotovelos, joelhos, mãos, pés e couro cabeludo, mimetizando, por vezes, a psoríase.^{5,13,25}

A sarna bolhosa é outra variante clínica de escabiose e faz diagnóstico diferencial com o penfigóide bolhoso. Nos raros casos reportados, observavam-se bolhas tensas associadas a prurido intenso e a exantema maculopapular, com má resposta à corticoterapia.²⁶

Artigo de Revisão



Figura 4 - Placas hiperqueratósicas em doente com sarna crostosa.

COMPLICAÇÕES

As principais complicações da escabiose são as infecções cutâneas bacterianas secundárias – impetigo, ectima, furunculose - por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*.^{1,5,13} Na sarna crostosa, o risco de infecções bacterianas secundárias e sepsis é ainda mais elevado.^{5,13} Em muitos países em desenvolvimento, a escabiose é uma causa importante de impetigo, que pode eventualmente originar sepsis, glomerulonefrite aguda (GNA) e doença cardíaca reumática.^{27,28} Em certas comunidades, nomeadamente de aborígenes australianos, Índia, Chile e Trinidad, os surtos de GNA coincidem temporalmente com os de escabiose.^{2,4,5,9}

Outra complicação frequente é a eczematização resultante do ato de coçar ou do uso de produtos tópicos irritativos.^{2,6}

A escabiose pode levar ainda a uma estigmatização social, depressão, insónia, diminuição da concentração e significativos custos económicos, decorrentes do tratamento, consultas médicas frequentes e absentismo laboral.⁵

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de escabiose é essencialmente clínico. O prurido, com agravamento noturno; as lesões características (sobretudo os sulcos acarinos); a sua distribuição típica (predileção pelas pregas interdigitais das mãos e pelos genitais); e a presença de outros membros da família/contactos próximos afetados, são as principais pistas para o diagnóstico.^{1,5}

Sempre que possível o diagnóstico deve ser confirmado pela observação microscópica dos ácaros e/ou ovos obtidos a partir de um raspado cutâneo, ou pelo recurso à dermatoscopia.²⁹⁻³³

A dermatoscopia tem-se assumido como uma ferramenta útil no diagnóstico da escabiose, pois é não-invasiva, pouco dispendiosa em tempo, bem aceite pelos doentes, e facilmente acessível aos dermatologistas.³⁰⁻³² Permite a visualização de um achado típico – o sinal de “asa-delta” ou “rasto de avião” (Fig. 5) – que representa a superfície anterior triangular do ácaro na extremidade de um segmento linear, o sulco acarino.^{29,30}



Figura 5 - Dermatoscopia de sulco acarino: observa-se estrutura triangular castanha que corresponde ao ácaro na extremidade do sulco.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A lista de diagnósticos diferenciais é extensa, e pode incluir eczema atópico, penfigóide bolhoso, dermatite herpetiforme, líquen plano, urticária pigmentosa e prurigo estrófulo.^{2,5,12} Em idade pediátrica, a escabiose pode ainda fazer diagnóstico diferencial com a acropustulose da infância e mastocitomas.³⁴ Curiosamente, foi reportado na literatura o caso de duas crianças com escabiose, a quem erradamente tinha sido atribuído o diagnóstico inicial de histiocitose de células de Langerhans. Os autores alertam que a escabiose deve ser excluída em crianças com erupções eczematiformes e infiltrados inflamatórios que incluam histiócitos no exame histológico.³⁵

TRATAMENTO

O tratamento da escabiose estrutura-se em duas fases: erradicação dos ácaros e controlo da transmissão.^{2,6}

Há regras gerais que devem ser sempre cumpridas (Tabela 1). Os contactos próximos do doente, ainda que assintomáticos, devem ser incluídos no tratamento de forma simultânea para evitar a reinfestação, pois podem ser capazes de transmitir a doença.^{1,5,13,18,19,36}

As opções terapêuticas foram alvo de discussão detalhada numa revisão da Cochrane em 2007 (atualizada em 2010), que incluiu 22 estudos de pequenas dimensões envolvendo um total de 2676 doentes.⁴ Contudo, faltam ainda ensaios bem estruturados e com dimensão adequada a comparar as diferentes opções terapêuticas.⁴

A escolha do tratamento é determinada por diferentes fatores, nomeadamente a idade do doente, gravidade da doença, experiência local, presença de eczema/escoriação, toxicidade do fármaco, e o seu custo e disponibilidade, que é variável de país para país.^{5,9,13,16,37}

De seguida, são abordadas as várias opções tópicamente disponíveis: permetrina, benzoato de benzilo, crotamiton, lindano e enxofre; e o único tratamento oral disponível, a ivermectina (Tabela 2).

Tabela 1 - Resumo das características das opções terapêuticas na escabiose.^{1,2,4,5,6,12,13,15,36,37,41}

| Tratamento | Modo de aplicação | Restrições | Efeitos adversos | Comentários |
|---------------------------|---|--|---|---|
| Permetrina a 5% | 1 aplicação de 8-14 horas, depois remover por lavagem; repetir em 7 dias | Recomendado >2 meses | Ardor leve, eritema e prurido | 1ª linha Não comercializado em Portugal |
| Crotamiton | 2 aplicações separadas por 24 horas; em alguns casos pode ser feita aplicação diária até 5 dias ou repetir em 7 dias | Precauções especiais: gravidez e amamentação | Irritação cutânea e dermatite de contacto | Pouco eficaz Opção na escabiose nodular e prurido pós-escabiótico |
| Enxofre (5-10%) | 3 aplicações separadas por 24 horas; em alguns casos repetir em 7 dias | Nenhuma | Irritação cutânea Odor e cosmeticidade pouco agradável | Eficaz Pode ser usado em crianças <2 meses, grávidas e amamentação |
| Benzoato de benzilo (28%) | 3 aplicações separadas por 24 horas; repetir em 7-10 dias Após banho e secagem, aplicar em camada fina, uniforme e com massagem ligeira; deixar secar e aplicar segunda camada | Contraindicado em crianças <30 meses Precauções especiais: gravidez e amamentação | Irritação e ardor cutâneo Convulsão (se ingestão oral ou absorção cutânea aumentada) | Tratamento de referência em Portugal |
| Lindano | Aplicação 8-12 horas; repetir em 7 dias | Contraindicado em idade pediátrica, grávidas e amamentação | Neurotoxicidade e aplasia medular | 2ª/3ª linha Não comercializado na Europa |
| Ivermectina | 200 µg/kg oral toma única; repetir em 14 dias | Contraindicado em crianças <15kg, grávidas e amamentação | Leves e transitórios | 1ª linha Não comercializado em Portugal |

Tabela 2 - Regras gerais do tratamento da escabiose.^{1,2,4,5,13,16,18,19,36,37}

| |
|--|
| 1. O tratamento tópico deverá ser aplicado em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, hiponíquio, umbigo e genitais (com exceção da cabeça e pescoço). |
| 2. Em crianças menores de 2 anos e nos idosos, os tópicos deverão ser aplicados no couro cabeludo, face, pescoço (poupando boca e olhos). Poderão usar-se luvas à noite para evitar o contacto do tópico com os olhos. |
| 3. O tratamento deverá ser reaplicado nas mãos se estas forem lavadas (caso seja outra pessoa a aplicar, deverá usar luvas). |
| 4. O tratamento tópico deverá ser removido após o tempo recomendado. |
| 5. Todos os coabitantes, sintomáticos ou não, deverão ser tratados ao mesmo tempo. |
| 6. Após o primeiro tratamento, as roupas pessoais em contacto com a pele e de cama (fronhas, lençóis, cobertores) usadas nas últimas 72 horas, deverão ser lavadas a temperaturas superiores a 50-60°C. |
| 7. Caso as roupas não possam ser lavadas, deverão ser mantidas em saco de plástico fechado durante pelo menos 72 horas. |
| 8. Os doentes deverão ser aconselhados a cortar as unhas. |
| 9. Os animais domésticos não necessitam de tratamento. |
| 10. Os adultos e crianças poderão voltar ao trabalho e à escola, no dia a seguir ao tratamento. |

Artigo de Revisão

1. Permetrina

É um piretróide sintético, utilizado desde a década de 80, aplicado sob a forma de creme a 5%.⁴ A sua eficácia é superior à da ivermectina oral, lindano e crotamiton.^{1,4,39} Num estudo que envolveu apenas 53 participantes com escabiose, a permetrina a 5% foi comparada com o benzoato de benzilo, não tendo havido diferenças nas taxas de cura.⁴ Além da eficácia elevada, é um fármaco bem tolerado, pouco absorvido pela pele, e rapidamente metabolizado com baixa toxicidade.^{4,16,39}

É o tratamento de primeira linha preconizado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), e igualmente em países como o Reino Unido, Austrália e Estados Unidos da América.^{4,5,7,16,19,36} O seu uso está aprovado em lactentes a partir dos 2 meses de idade, mas parece ser igualmente seguro em recém-nascidos. O CDC aprova a sua prescrição em grávidas e mulheres a amamentar, embora alguns autores recomendem uma aplicação mais curta.^{6,35,40}

Em Portugal é comercializada a permetrina a 1% (Nix[®]) utilizada no tratamento da pediculose do couro cabeludo, não se recomendando a sua utilização no tratamento da escabiose, pela sua baixa eficácia.^{4,41} A permetrina a 5% poderá ser obtida na forma de manipulado nalgumas farmácias.

2. Benzoato de benzilo

O benzoato de benzilo, disponível desde 1930, tem uma eficácia elevada e um menor custo que a permetrina, sendo frequentemente utilizado fora da América do Norte, onde não se encontra disponível.^{5,7}

Em Portugal é comercializado como Acarilbial[®] (solução cutânea de 277 mg/mL), e o seu uso exige precauções especiais em grávidas e mulheres a amamentar, com avaliação do risco-benefício.⁴¹ Apesar desta advertência no resumo das características do medicamento (RCM), pela ausência de estudos de segurança, parece ser isento de riscos nessas situações (tal como a permetrina).⁴⁰ Está contraindicado em crianças com menos de 30 meses uma vez que, apesar de não haver registo de efeitos adversos graves, faltam ainda estudos apropriados de segurança. Alguns autores sugerem, na ausência de alternativas disponíveis, como a permetrina ou o enxofre, aplicações mais curtas ou diluições do produto.^{22,37,41} Em França, está disponível uma nova fórmula – o Ascabiol[®] (emulsão cutânea de benzoato de benzilo a 10%) – indicado a partir do primeiro mês de idade e igualmente em grávidas.⁴⁹

O principal efeito adverso é o ardor e irritação cutânea, sobretudo quando aplicado em pele lesada ou escoriada.^{1,2,5,6} Nestes casos, recomenda-se tratar primeiro a dermatose inflamatória ou infecciosa associada, antes do uso do benzoato de benzilo, ou recorrer a um tratamento alternativo.³⁷

No estudo retrospectivo de escabiose em idade pediátrica já citado, o benzoato de benzilo foi o tratamento de eleição em 46% dos doentes, seguido pelo crotamiton em 35% e o enxofre em 24%.¹¹

3. Crotamiton

O crotamiton está aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da escabiose em adultos, mas não em crianças.^{19,36} Tem menor eficácia face às outras opções terapêuticas, embora se reconheça um importante efeito antipruriginoso.^{5,6,19,35} Esteve comercializado em Portugal como Eurax[®] (creme e líquido cutâneo a 10%) até 2016.⁴¹

4. Lindano

A loção de hexacloridrato de gamabenzeno a 1% está apenas recomendada como opção de segunda linha, ou como alternativa, nos doentes que não toleram outras terapias ou na falência destas.^{4,19}

Tem uma eficácia elevada (semelhante ou ligeiramente inferior à da permetrina), mas uma toxicidade importante limita o seu uso.^{1,5,16,48} Salienta-se o risco de toxicidade do sistema nervoso central (náuseas, vômitos, cefaleias, irritabilidade, insónia e convulsões), sobretudo após ingestão oral, sobre-exposição e na presença de alteração da barreira cutânea.⁴ Também foram reportados casos de anemia aplástica após a sua utilização.^{4,36} De acordo com o CDC, o lindano não deverá ser utilizado em crianças com idade inferior a 2 anos, em grávidas e na amamentação, e em doentes com dermatoses extensas.^{2,5,6,36}

Em Portugal, à semelhança do resto da Europa, este fármaco deixou de ser comercializado em 2008.^{4,37,41}

5. Enxofre

É provavelmente o mais antigo e seguro tratamento da escabiose, e por isso, é o tratamento de escolha para crianças pequenas, particularmente recém-nascidos, nas grávidas e mulheres a amamentar.^{5,37}

A sua eficácia foi reportada com taxas de cura até 90%, não havendo diferenças significativas na falência do tratamento em dois estudos, entre lindano e enxofre, e benzoato de benzilo e enxofre.^{4-6,47} Não há, contudo, estudos controlados de eficácia ou segurança disponíveis.⁴ Em Portugal, não existe comercializado estando apenas disponível na forma de manipulado (precipitado de 5-10% em vaselina).

6. Ivermectina oral

Desde 1980 que a ivermectina é utilizada no tratamento em massa da oncocercose e da filaríase linfática em África e na América do Sul, passando posteriormente a ser usada no tratamento da escabiose e da pediculose do couro cabeludo resistente aos tratamentos de 1^ª linha.^{1,5,42}

Vários estudos comprovam a sua eficácia e segurança no tratamento da escabiose, contudo ainda carece de aprovação pela FDA.^{5,19,36} Ensaio randomizados mostraram uma eficácia semelhante ou superior ao lindano e ao benzoato de benzilo, mas revelou ser menos eficaz que uma aplicação isolada de permetrina a 5%.^{4,5,38,43} Neste último estudo, que reuniu 85 doentes com escabiose, concluiu-se que duas doses de ivermectina foram tão eficazes como uma aplicação única de permetrina a 5%.⁴³

Tabela 3 - Causas mais comuns de falência do tratamento da escabiose.^{2,16,36,37}

| | |
|----|--|
| 1. | Remoção do medicamento tópico aplicado nos dedos e mãos, sobretudo nas crianças. |
| 2. | Lavagem das mãos após aplicação do medicamento e ausência de reaplicação. |
| 3. | Ausência de prescrição do tratamento em grávidas e recém-nascidos por receio de falta segurança de alguns tópicos. |
| 4. | Aplicação do tratamento tópico apenas nas zonas visivelmente afetadas. |
| 5. | Aplicações únicas do tratamento, sem repetição. |
| 6. | Ausência de prescrição do tratamento aos contactos e ausência dos cuidados necessários para a não transmissão via fomites. |

Geralmente é bem tolerada em adultos, sendo a maioria dos efeitos adversos leves e transitórios.^{2,5,13,42} O receio levantado de uma maior mortalidade em idosos não foi confirmado em vários estudos posteriores.^{1,4,19}

Apesar da maior eficácia da permetrina, a ivermectina tem a vantagem de ser administrada por via oral e de ter uma posologia cómoda, sendo considerada como terapêutica de primeira linha, pelo próprio CDC, nas epidemias em comunidades e instituições/lares; quando a terapia tópica seja impraticável; na falência ou intolerância a outros tratamentos (por exemplo se coexiste eczema generalizado); na sarna crostosa; ou na forma nodular que não responda aos tratamentos tópicos.^{1,2,19,36,44}

É considerada igualmente uma ferramenta útil no controlo da escabiose em comunidades endémicas, ou seja, para a administração em massa.⁵ O programa *Skin Health Intervention Fiji Trial* implementado nas ilhas Fiji, onde a prevalência de escabiose era superior a 20%, mostrou que a administração em massa de ivermectina em toma única declinou a prevalência de escabiose em 94% e a do impetigo em 67%.⁸

O CDC não recomenda o seu uso em grávidas ou mulheres a amamentar, e afirma que a sua segurança não foi determinada em crianças cujo peso é inferior a 15 kg, permanecendo *off-label* o seu uso.⁴²

Em 2013, um estudo retrospectivo revelou que 13 em 14 crianças com escabiose e peso inferior a 15 kg, tratadas com ivermectina oral (duas doses de 200 µg/kg, aos 0 e 14 dias), foram consideradas curadas, na reavaliação aos 3 meses. Os autores afirmaram que a elevada taxa de cura observada, poderia justificar o uso da ivermectina em crianças com escabiose recalcitrante ou recidivante que não tinham tido resposta a pelo menos dois tratamentos tópicos.⁴⁵

Quanto ao uso tópico de ivermectina na escabiose, um estudo de 2016, que incluiu 62 doentes, mostrou que a ivermectina a 1% é uma formulação segura e eficaz no tratamento de escabioses não-complicadas, embora sejam necessários futuros ensaios clínicos deste produto.⁴⁶

A ivermectina oral, para uso em humanos, não está comercializada em Portugal, mas poderá ser obtida na forma de manipulado.

Tratamento da sarna crostosa

De acordo com o CDC, o tratamento no adulto deverá

ser: permetrina tópica a 5% ou benzoato de benzilo aplicado diariamente durante 7 dias, e depois duas vezes por semana até a cura; associado a ivermectina (200 µg/kg/dose), que dependendo da gravidade, poderá utilizar-se em 3 doses (dias 1, 2, 8), em 5 doses (dias 1, 2, 8, 9 e 15) ou em 7 doses (dias 1, 2, 8, 15, 22 e 29).^{19,36} O tratamento deverá ainda incluir a aplicação de queratolíticos.^{13,19,36} Dado que a transmissão por fomites é uma preocupação premente nesta variante, recomenda-se o isolamento dos doentes.¹⁸

Tratamento das complicações da escabiose

É importante realçar que devido à hipersensibilidade aos ácaros e seus produtos, e às lavagens e secagens excessivas, o prurido poderá persistir 2 a 4 semanas - prurido pós-escabiótico - não significando isso, a persistência da infestação.^{6,12}

Para alívio do prurido, alguns autores aconselham o uso de anti-histamínicos orais, e após erradicação dos ácaros, poderão ser também prescritos corticoides tópicos de média a alta potência.² O uso de hidratantes, e eventualmente loções de calamina, deverá ser incentivado.

É fundamental não retratar o doente, sem prova de reinfestação ou falência primária do tratamento.^{4,12,19,36} A melhor forma de avaliar esta situação é realizar um exame físico completo, e rever com o doente a forma como aplicou o tratamento (Tabela 3).

As infeções bacterianas secundárias deverão ser tratadas com antibióticos tópicos ou orais, dependendo da sua extensão e gravidade.² Os nódulos escabióticos poderão ser tratados com corticoides tópicos potentes durante 2 a 3 semanas, ou eventualmente corticoides intralésionais, crotamiton e inibidores da calcineurina tópicos.^{2,37}

CONCLUSÃO

As principais pistas para o diagnóstico de escabiose são a erupção pruriginosa e a sua distribuição característica, bem como o envolvimento dos contactos próximos.¹ O tratamento deverá ser iniciado se a suspeita clínica de escabiose for forte, ainda que sem evidência microscópica.^{2,16}

Em idade pediátrica, a doença é prevalente, e tem características particulares como a presença de nódulos axilares e o envolvimento da face, couro cabeludo, palmas e plantas (com vesículas e pústulas), e dorso dos pés.¹²

Artigo de Revisão

Os principais estudos são consensuais a recomendar a permetrina a 5% como primeira opção terapêutica na escabiose. A ivermectina oral é igualmente considerada primeira opção, e tem-se revelado uma excelente opção no tratamento da doença em instituições ou na administração em massa nos países em desenvolvimento.⁵ Estes tratamentos não estão comercializados em Portugal, embora possam ser obtidos na forma de manipulado em algumas farmácias e a preços variáveis. Em idade pediátrica, as opções terapêuticas são ainda mais limitadas, restringindo-se o tratamento ao enxofre e ao benzoato de benzilo a 28% (em crianças com idade superior a 30 meses).⁹ Estas duas opções são igualmente válidas na gravidez e na amamentação.

A maioria das falências terapêuticas é devida: à falta de adesão ou abandono do tratamento, uma vez que este exige tempo e paciência, e poderá induzir algum grau de irritação e ardor cutâneo; à aplicação incorreta dos tópicos, não aplicando em todo o corpo e frequentemente poupando incorretamente os genitais e as mãos; e à reinfestação por contactos próximos não identificados e consequentemente não tratados.^{7,37} Para colmatar estes aspetos, é necessário estabelecer uma comunicação adequada entre médico e doente, sendo útil recorrer a instruções escritas.⁵⁰ É igualmente importante informar que o prurido se poderá manter mesmo após tratamento adequado.

A epidemiologia da doença não é conhecida em Portugal. De uma forma global, a escabiose é um reflexo de más condições de vida e um sinal de necessidades básicas comprometidas. Seria útil haver uma notificação dos casos, pois tal iria permitir conhecer as zonas mais afetadas, providenciar apoio social mais capaz e conhecer hábitos de prescrição médica. Finalmente, seria importante apelar às autoridades competentes para a necessidade da permetrina a 5% e da ivermectina serem comercializadas em Portugal, à semelhança do que acontece em muitos países da Europa.

Ainda há assim, muitos desafios a superar, tanto a nível epidemiológico como clínico, com vista a um melhor reconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde, e à melhoria dos cuidados prestados.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

REFERÊNCIAS

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006; 354:1718-27.
2. Goldstein B, Goldstein A. Scabies. [consulted 2016 Oct 10]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/scabies>.
3. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet.* 2000; 355:819-26.
4. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; 3: CD000320.
5. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet.* 2006; 367:1767-74.
6. Meinking T, Burkhart C, Burkhart G, Elgart G. *Infections.* In: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, editors. *Dermatology.* 2nd ed. Amsterdam: Mosby Elsevier; 2008. p. 1291-1302.
7. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005; 17:619-22.
8. Romani L, Whitfeld MJ, Koroivuetta J, Kama M, Wand H, Tikoduadua L, et al. Mass drug administration for scabies control in a population with endemic disease. *N Engl J Med.* 2015; 10:2305-13.
9. Thomas J, Peterson GM, Walton SF, Carson CF, Naunton M, Baby KE. Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies. *BMC Infect Dis.* 2015; 1:250.
10. Pouessel G, Dumortier J, Lagrée M, Pierre MH, Ganga-Zandzou PS, Ythier H, et al. Scabies: a common infection in children. *Arch Pediatr.* 2012; 19:1259-60.
11. Noronha N, Januário G, Ferraz A, Mação P, Gata L, Januário L. Escabiosis en urgencias de pediatría. XX Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, 16-18 de abril de 2015.
12. Boralevi F, Diallo A, Miquel J, Guerin-Moreau M, Bessis D, Chiavérini C, et al. Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics.* 2014; 133:910-6.
13. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med.* 2010; 362:717-25.
14. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2013; 26:123-6.
15. Albakri L, Goldman RD. Permethrin for scabies in children. *Can Fam Physician.* 2010; 56:1005-6.
16. Sladden MJ, Johnston GA. More common skin infections in children. *BMJ.* 2005; 21:1194-8.
17. Bitar D, Thiolet M, Haeghebaert S, Castor C, Poujol I, Coignard B, et al. Increasing incidence of scabies in France, 1999-2010, and public health implications. *Ann Dermatol Venereol.* 2012; 139:428-34.
18. FitzGerald D, Grainger RJ, Reid A. Interventions for preventing the spread of infestation in close contacts of people with scabies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 24:CD009943.
19. Workowski A, Bolan A, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64:1-137.
20. Witkowski A, Parish LC. Scabies: a cause of generalized urticaria. *Cutis.* 1984; 33:277-9.
21. Chapel TA, Krugel L, Chapel J, Segal A. Scabies presenting as urticaria. *JAMA.* 1981; 246:1440-1.
22. Carder K. Fungal infections, Infestations and parasitic infections in Neonates. In: Eichenfield L, Frieden I, Esterly

- N, editors. *Pediatric Dermatology*. 2nd ed. Amsterdam: Saunders Elsevier; 2008. p. 213-27.
23. Mantero NM, Jaime LJ, Nijamin TR, Laffargue JA, De Lillo L, Grees SA. Norwegian scabies in a pediatric patient with Down syndrome, a case report. *Arch Argent Pediatr*. 2013; 111:141-3.
 24. Sandre M, Ralevski F, Rau N. An elderly long-term care resident with crusted scabies. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2015; 26:39-40.
 25. Guldbakke KK, Khachemoune A. Crusted scabies: A clinical review. *J Drugs Dermatol*. 2006; 5:221-7.
 26. Luo DQ, Huang MX, Liu JH, Tang W, Zhao YK, Sarkar R. Bullous Scabies. *Am J Trop Med Hyg*. 2016; 7:689-93.
 27. Romani L, Steer AC, Whitfield MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15:960-7.
 28. Parks T, Smeesters PR, Steer AC. Streptococcal skin infection and rheumatic heart disease. *Curr Opin Infect Dis*. 2012; 25:145-153.
 29. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 56:53-62.
 30. Pedrosa A, Morais P, Moreira C, Ferreira O, Azevedo F. Dermatoscopia – aplicações alternativas. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2013; 71:487-94.
 31. Cabral R, Coutinho I, Reis JP. Case for diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2013;88:826-7.
 32. Sousa V, Oliveira A, Cardoso J. Entomodermatoscopia - um novo método de diagnóstico em dermatologia geral. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2015; 73:453-7.
 33. Alves A, Bernardes Filho F, Martins G, Nogueira L, Lanza T, Nery J. Escabiose e tuberculose pulmonar – dermatoscopia. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2013; 71:507-10.
 34. Cölgeçen-Özel E1, Ertaş R, Utaş S, Kontaş O. Scabies mimicking mastocytosis in two infants. *Turk J Pediatr*. 2013; 55:533-5.
 35. Burch JM, Krol A, Weston WL. *Sarcoptes scabiei* infestation misdiagnosed and treated as Langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Dermatol*. 2004; 21:58-62.
 36. Centers for Disease Control and Prevention. Scabies. Resources for Health Professionals. [consulted 2016 Oct 10]. Available from: http://www.cdc.gov/parasites/scabies/health_professionals/meds.html
 37. Tavares M, Selores M. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. *Nascer Crescer*. 2013; 22:80-86.
 38. Macotela-Ruiz E1, Peña-González G. The treatment of scabies with oral ivermectin. *Gac Med Mex*. 1993; 129:201-5.
 39. Rezaee E, Goldust M, Alipour H. Treatment of Scabies: Comparison of Lindane 1% vs Permethrin 5%. *Skinmed*. 2015; 13:283-6.
 40. Mytton O, McGready R, Lee S, Roberts C, Ashley E, Carrara V, et al. Safety of benzyl benzoate lotion and permethrin in pregnancy: a retrospective matched cohort study. *BJOG*. 2007;114:582-7.
 41. Infomed – base de dados de medicamentos de uso humano. [consulted 2017 Feb 01]. Available from: <http://www.infarmed.pt/>.
 42. Chosidow A, Gendrel D. Safety of oral ivermectin in children. *Arch Pediatr*. 2016; 23:204-9.
 43. Usha V, Gopalakrishnan Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 42:236-40.
 44. Manjhi PK, Sinha RI, Kumar M, Sinha KI. Comparative study of efficacy of oral ivermectin versus some topical antiscabies drugs in the treatment of scabies. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8:1-4.
 45. Bécourt C, Marguet C, Balguerie X, Joly P. Treatment of scabies with oral ivermectin in 15 infants: a retrospective study on tolerance and efficacy. *Br J Dermatol*. 2013; 169:931-3.
 46. Ahmad HM, Abdel-Aziz ES, Abdel-Aziz RT. Clinical efficacy and safety of topical versus oral ivermectin in treatment of uncomplicated scabies. *Dermatol Ther*. 2016; 29:58-63.
 47. Sharquie KE, Al-Rawi JR, Noaimi AA, Al-Hassany HM. Treatment of scabies using 8% and 10% topical sulfur ointment in different regimens of application. *J Drugs Dermatol*. 2012; 11:357-64.
 48. Schultz MW, Gomez M, Hansen RC, Mills J, Menter A, Rodgers H, et al. Comparative study of 5% permethrin cream and 1% lindane lotion for the treatment of scabies. *Arch Dermatol*. 1990; 126:167-70.
 49. Ascabiol. [consulted 2017 Feb 01]. Available from: <http://www.ansm.sante.fr>
 50. Informação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. Escabiose ou sarna vulgar. [consulted 2017 Feb 01]. Available from: <http://spdv.com.pt/resources/docs/gdeist/EscabioseGEIDST.pdf>