

Escabiose

recomendações práticas para diagnóstico e tratamento

Mónica Tavares¹, Manuela Selores²

RESUMO

Introdução: A escabiose ou sarna é uma infeção causada pelo parasita *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* que ganha importância pela morbidade associada ao prurido intenso, alta infecciosidade, surtos frequentes e persistência dos sintomas por muitos dias mesmo após irradicação completa.

Objetivos: Abordagem da fisiopatologia, diagnóstico diferencial e opções de tratamento em idade pediátrica.

Desenvolvimento: Em pediatria as dificuldades prendem-se com o diagnóstico diferencial desta dermatose pruriginosa com outras patologias muito frequentes neste grupo etário. A existência de vários fármacos disponíveis, com eficácia e segurança pouco estudadas em idade pediátrica, fazem com que o tratamento desta infeção se baseie mais na experiência pessoal, disponibilidade local e custo do que na evidência médica.

Conclusões: Este artigo pretende resumir a etiopatogenia da infeção por *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* na criança focando especial atenção aos sintomas e tratamento. O precipitado de enxofre, embora sem estudos randomizados e controlados que provem a sua eficácia e segurança, parece ser um dos fármacos mais recomendado em idade pediátrica.

Palavras-chave: Diagnóstico, enxofre, escabiose, tratamento.

Nascer e Crescer 2013; 22(2): 80-86

INTRODUÇÃO

A escabiose ou sarna é uma dermatose infecciosa ainda muito frequente na população pediátrica provocada pelo *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*¹. A prevalência mundial foi estimada em 300 000 milhões de casos². Apresenta uma distribuição mundial, com uma prevalência e incidência muito variáveis³ sendo endémica nos países subdesenvolvidos⁴. Os surtos epidémicos realizam-se ciclicamente cada 15-30 anos e dependem de fatores diversos como a imunidade individual, condições de vida, hábitos higiénicos, migrações e aglomerados habitacionais³⁻⁵. Esta parasitose ocorre em ambos os sexos, em todas as idades e raças e em todos os níveis sócio económicos^{2,6}. Este parasita é

exclusivo do homem não conseguindo viver mais do que poucas horas noutros animais ou em fomites³.

O risco de surtos severos e de escabiose complicada é particularmente alto em instituições, populações carenciadas e indivíduos imunocomprometidos², sendo que estes últimos estão sujeitos a uma forma grave de escabiose denominada escabiose crostosa ou Norueguesa⁷.

A escabiose é um problema dermatológico comum orientado quer por dermatologistas quer por pediatras.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo passa pela abordagem da fisiopatologia e diagnóstico diferencial desta infeção já largamente estudada, bem como a revisão dos artigos publicados relativamente às opções de tratamento em idade pediátrica.

DESENVOLVIMENTO

Fisiopatologia

A fêmea grávida atravessa a epiderme originando um sulco coberto, designado como galeria, para depositar os seus ovos, morrendo em seguida.^{3,8} As galerias são trajetos serpentinosos com 0.3 a 0.5 mm por 10 mm de comprimento.¹ Os ovos em número de 10-15, dão origem em 3-4 dias a larvas, que se dirigem para a superfície cutânea escavando pequenas bolsas superficiais.³ Amadurecem em cerca de uma a duas semanas e ao adquirirem a forma adulta copulam nas novas bolsas formadas – a nova fêmea após a fertilização escava a sua galeria e o macho morre.³ Cerca de cinco a 15 parasitas fêmeas vivem num hospedeiro com escabiose clássica mas o número pode atingir centenas a milhões no caso de escabiose crostosa, sendo esta altamente contagiosa.^{2,5}

A erupção cutânea na escabiose clássica é consequência da infestação e das reações de hipersensibilidade ao parasita.^{2,9} A atividade do parasita na pele produz um efeito traumático e fenómenos irritativos que originam prurido.^{3,8} Em consequência origina-se uma dermatite irritativa de carácter traumático, a qual se agrava com frequência em consequência do tratamento antiparasitário.³

O início dos sintomas clínicos coincide com o desenvolvimento de uma resposta imune à presença do parasita e dos seus produtos na epiderme.^{1,4,7} Numa primeira infestação os sintomas ocorrem cerca de três a seis semanas mas no caso de re-infestação a recrudescência dos sintomas ocorre em cerca de 1-3 dias^{1,4,9-11} o que pode impedir que a infeção se instale⁴.

¹ S. Pediatria, CH Porto, 4099-001 Porto, Portugal

² S. Dermatologia, CH Porto, 4099-001 Porto, Portugal

A amplitude da resposta imune parece diminuir com o tempo mas normalmente não elimina a doença e não confere imunidade contra reinfestação.⁴ Quando não tratada a resolução da sintomatologia ocorre em 11 a 17 semanas.³

Transmissão

A transmissão faz-se pelo contacto cutâneo direto prolongado com indivíduos parasitados, nomeadamente através do contacto sexual, ou indiretamente através das roupas do leito, toalhas ou outros fomites^{2,3,9}, principalmente na escabiose crostosa.¹¹ Quanto maior o número de parasitas no hospedeiro maior é a probabilidade de transmissão.^{2,7} As crianças desempenham um papel importante na disseminação intra-familiar por apresentarem contacto físico próximo em casa ou nos infantários.⁴ Os indivíduos assintomáticos mas infetados são tão contagiosos como um com o quadro clínico completamente estabelecido.^{3,10}

Em climas temperados a escabiose é mais comum no Inverno, provavelmente devido a um maior aglomerado populacional que ocorre nestes meses e a uma maior sobrevivência dos parasitas nas superfícies com temperaturas mais baixas.²

Os animais também podem estar infetados com *Sarcoptes scabiei*, mas a subespécie é diferente dos humanos.¹² Embora possa ocorrer transmissão entre espécies, a escabiose transmitida pelos cães ou gatos é pouco provável de provocar uma infestação no homem.¹²

Sintomas

O prurido é o sintoma mais comum apresentando um agravamento noturno^{2-5,7,9,11} devido ao aumento da temperatura facilitar a movimentação do parasita na superfície cutânea³. A intensidade do prurido não se correlaciona com a exuberância das lesões cutâneas.³ Em lactentes menores que dois ou três meses o prurido pode estar ausente.^{9,11}

Embora as crianças possam permanecer saudáveis e com um desenvolvimento normal, uma infestação crónica pode resultar em anorexia, irritabilidade e má evolução ponderal.^{2,7}

Clinicamente podem observar-se pápulas, nódulos, vesículas e galerias que resultam da ação perfurante do ácaro e da reação cutânea resultante da ação do parasita.^{3,9} Nas crianças as lesões mais frequentes são as pápulas, as vesículas, as pústulas^{1,9} e os nódulos⁷. No entanto, na maioria dos doentes podem ocorrer escoriações, eczematização ou infeção secundária que obscurece as lesões primárias.¹

Esta dermatose tem uma apresentação característica: no adulto distribui-se abaixo do pescoço com predomínio no bordo anterior das axilas, região umbilical, cintura, região glútea, face interna das coxas, face anterior dos punhos, eminência tenar, espaço interdigital dos dedos das mãos e cotovelos; nas mulheres nas aréolas mamárias, no homem na região genital.^{2,3,7,9} Em crianças o envolvimento é generalizado com atingimento do couro cabeludo a da face, tronco, prega pós-auricular e extremidades, incluindo palmas (Figura 1) e plantas.^{1,4,7-10} As plantas são uma localização muito frequente e mantém-se até cerca do segundo ano de idade.³ As galerias são mais facilmente identificáveis nas mãos e pés, nomeadamente nas regiões interdigitais, eminência tenar e hipotenar e punhos.^{2,9,10}

Existe uma grande variabilidade inter-individual na exuberância das lesões relacionadas com o tipo de pele, a sensibilidade ao parasita e os cuidados de higiene corporal.³ Os nódulos vermelho-acastanhados da escabiose podem ser observados predominantemente na região axilar e inguinal bem como nos punhos e região genital e nádegas (Figura 2).^{2,13,14}

Como consequência do prurido pode ocorrer impetiginização secundária com infeção por *Staphylococcus aureus* e/ou *Streptococcus pyogenes*.^{2-4,9} Em regiões tropicais a glomerulonefrite pós-estreptocócica é uma importante complicação da escabiose.^{1,14}

Diagnóstico

O diagnóstico de escabiose deve ser considerado em qualquer criança com prurido de aparecimento recente com predomínio noturno, associado a uma dermatose generalizada que



Figura 1 – Escabiose: criança de 4 anos com pápulas e vesículas nas palmas das mãos e pulsos.



Figura 2 – Escabiose: criança de quatro anos com pápulas e nódulos escabióticos nos glúteos.

envolva as plantas e as palmas, particularmente se outros membros da família apresentarem lesões semelhantes.^{1,8,9,14,15}

A presença de erosões lineares ou galerias é patognomónica. No entanto, a sua visualização é atualmente rara.⁴ O diagnóstico definitivo baseia-se na identificação microscópica do parasita ou de fragmentos deste, das fezes ou dos ovos após raspado tangencial de uma galeria.^{2,11,14} Uma vez que o número de parasitas é baixo na escabiose clássica esta técnica depende do operador e a não identificação do parasita não exclui o diagnóstico.²

Diagnóstico Diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais da escabiose clássica encontram-se apresentados no Quadro 1.^{1,7,13} Em crianças com escabiose primariamente nodular os diagnósticos diferenciais fazem-se com a urticária pigmentosa, histiocitose das células de Langerhans e linfoma cutâneo.^{4,13}

Tratamento

A eficácia, tolerabilidade, disponibilidade e custo orientam o tratamento escabicida, uma vez que existem poucos estudos comparativos entre os diferentes tratamentos.^{11,16,17}

O sucesso do tratamento depende:

1. *Diagnóstico correto*

2. *Instruções escritas pormenorizadas ao doente*

3. *Tratamento simultâneo de todos os contactos próximos* mesmo que não manifestem prurido ou erupção cutânea^{1-5,9}. Estes podem ser assintomáticos porque estão no período de incubação que pode durar quatro semanas, sendo igualmente contagiosos.⁴ O risco de voltar a tratar o doente é maior que qualquer risco associado ao tratamento inicial de pessoas assintomáticas.⁴

4. *Desinfecção dos fomites*. Fora do hospedeiro o parasita pode sobreviver e é capaz de infestação de 24 a 36h à temperatura de 21º com uma humidade relativa de 40% a 80%; temperaturas mais baixas e humidade mais elevada aumentam o seu tempo de sobrevivência.¹⁸ A infecciosidade do parasita diminui com o tempo que permanece fora do hospedeiro.¹⁸

5. *Não repetir o tratamento escabicida apenas porque o doente mantém prurido*. Torna-se importante diferenciar a falência do tratamento com uma reação imunológica aos restos do parasita ou reinfestação.⁴ As causas de falência do tratamento estão presentes no Quadro 2. O prurido sintomático pode persistir duas a quatro semanas após eliminação com sucesso de todos os parasitas.^{2,4} É importante diferenciar a persistência da escabiose das outras situações que condicionam prurido (Quadro 3).³ Para controlo do prurido deve ser usado anti-histamínicos não sedativos durante o dia e sedativos à noite.^{14,19} Para tratamento do eczema o uso intensivo de emolientes previne a necessidade de corticoides tópicos.⁷

6. *Tratamento das complicações* (Quadro 4): Os nódulos escabióticos podem persistir após erradicação do parasita. Podem ser tratados um corticoide tópico ou intralesional^{14,19}

Quadro 1 – Diagnóstico Diferencial da Escabiose^{1,7,13}

Dermatite atópica	Erupção vesico-papular pruriginosa predominantemente nas regiões flexoras. Pode ocorrer liquenificação e escoriação nos doentes crónicos. A escabiose pode ser diferenciada pela presença de galerias e prurido de predomínio nocturno ^{1,7} .
Urticária papular ou Prurigo estrófulo	Pápulas escoriadas pruriginosas dispersas pelas regiões expostas. Resulta de uma reação de hipersensibilidade à picada de insecto ¹ .
Acropustulose infantil	Pústulas e vesículas estereis nas palmas e plantas. Diferencia-se da escabiose pela ausência de outras lesões cutâneas e de prurido ¹ .
Dermatite herpetiforme	Erupção vesico-pustular pruriginosa, crónica e simétrica que envolve predominantemente as superfícies extensoras das extremidades superiores e inferiores ¹ . O prurido é persistente durante todo o dia. Associada à alergia ao glúten.
Liquen plano	Erupção papular violácea pruriginosa nas regiões flexora dos antebraços pernas e dorso. Apesar do prurido e simetria das lesões esta doença não se assemelha à escabiose ¹ .

Quadro 2 – Causas de falha do tratamento

Baixa adesão	Avaliar compliance ⁷
Aplicação incorreta	O fármaco na formulação adequada deve ser aplicado do pescoço até a ponta dos dedos ¹⁹ . Em crianças com menos de dois anos, no idoso e no doente imunocomprometido deve ser também aplicado na cabeça, face, pescoço e orelhas ^{9,19} . O erro mais comum consiste na aplicação apenas nas áreas afectadas ¹⁹ .
Re-infestação	É um problema comum que resulta da falência de tratamento dos contactos e da desinfecção dos fomites e roupas ^{7,19} .
Resistências	Já foram assinaladas resistências à permetrina, lindano e crotamiton ^{9,19} . A resistência à permetrina é muito rara ¹⁹ . A resistência deve ser considerada apenas quando excluídas as outras causas de falência do tratamento ¹⁹ .

Quadro 3 – Causas e tratamento de prurido persistente associado a escabiose⁷

Causas	Tratamento
Irritação cutânea	Emoliente
Dermatite irritativa de contacto	Suspender o escabicida e aplicar emoliente Corticoide tópico, se não resolver com as medidas anteriores
Falência terapêutica	Avaliar a causa e tratar
Acarofobia	Avaliação por Pedopsiquiatria

Quadro 4 – Tratamento das complicações da escabiose

Prurido	Emoliente. Anti-histamínicos não sedativos durante o dia e sedativos à noite ^{14,19} . Corticoides tópico podem ser usados após erradicação ¹⁴ .
Dermatite irritativa	Emolientes, com ou sem corticoides de potência média. Usar um escabicida menos alergizante ⁷ .
Sobre-infecção	Antibióterápia sistémica ^{14,19}
Nódulos escabióticos	Corticoide tópico ou intralesional ^{14,19} ou crotamiton creme ⁷ .

ou o crotamiton creme aplicado durante 24h em dois dias consecutivos⁷. A infeção secundária deve ser tratada.

Deve-se aplicar uma fina camada de escabicida em toda a superfície corporal, desde o pescoço incluindo as palmas e plantas, com especial atenção aos espaços interdigitais, punhos, unhas das mãos e pés, cotovelos, axilas, mamas, glúteos, zona peri-umbilical e genital.^{2,9,11} Em crianças menores que dois anos, em idosos e em imunodeprimidos deve incluir-se o couro cabeludo, face, pescoço e orelhas.^{2,9} Se o doente aplica a loção nele próprio deve-se indicar que não deve lavar as mãos depois da aplicação¹¹, se for aplicado por outro este deve usar luvas¹¹. De realçar que o tratamento escabicida deve ser realizado sob pele íntegra. A existência de impetiginização ou eczema com quebra da barreira cutânea implica tratamento prévio destas situações.

Karthikeyan define o anti-escabiótico ideal como o que demonstre eficácia contra a forma adulta e os ovos, facilmente aplicável, não sensibilizante, não irritante, não tóxico e económico.¹⁹ Poucos estudos controlados foram realizados para comparar a eficácia dos vários agentes tópicos disponíveis.^{16,17}

Até recentemente, o **lindano tópico a 1%** ou hexacloridrato de gamabenzeno (sarcoderme®) era o principal tratamento.^{4,8} Embora o risco de toxicidade com o lindano fosse baixo quando usado de forma apropriada (uma aplicação única de lindano durante seis horas na pele seca e fria era eficaz no tratamento da escabiose^{1,7}, foram relatadas reações graves ao nível do Sistema Nervoso Central, especialmente após aplicações repetidas² ou após uma grande absorção transcutânea em crianças com alteração da barreira cutânea⁷. O seu uso foi mais limitado pela emergência de resistências, comuns em muitas partes do mundo.⁴ Este fármaco já não se encontra comercializado na Europa, tendo a sua licença sido removida em 2008.^{2,11} O CDC (Centers for Disease Control and Prevention) considera o lindano um fármaco de segunda linha e não recomenda o seu uso em crianças, grávidas ou mulheres a amamentar.¹⁰

O **benzoato de benzilo** não se encontra disponível nos Estados Unidos. Na Europa encontra-se aprovado para o tratamento da escabiose mas pode provocar sensação de ardência e queimadura quando aplicado em lesões escoriadas.² Após tratamento pode ocorrer uma xerose cutânea pruriginosa ou lesões eczematosas.² Brooks e colaboradores num estudo comparativo realçaram que um terço dos doentes tratados com benzoato de benzilo referiu sensação de ardência ou queimadura²⁰, que pode reduzir a compliance¹².

Após banho e secagem, aplicar em camada fina, uniforme e com massagem ligeira em toda a pele abaixo do queixo e, em particular, nas pregas; deixar secar e aplicar segunda camada.²¹ Aplicar novamente nos dois dias consecutivos, com banho entre as aplicações, e, se necessário, repetir passados sete a 10 dias.^{12,21}

A **permetrina a 5%** introduzida em 1989 tem uma taxa de cura superior ao lindano^{8,16,21} e pode ser usada com segurança em crianças a partir dos dois meses^{8,10}. Não está recomendada durante a gravidez e lactação.¹ Embora mais onerosa que o lindano, a permetrina a 5% é considerada pelo CDC como o

fármaco tópico de primeira linha no controlo da escabiose.¹⁰ A revisão da Cochrane de 2007 aponta a permetrina tópica como o fármaco mais eficaz na redução do prurido^{16,22} e aparentemente mais eficaz para o tratamento da escabiose.¹⁶ Necessário apenas uma aplicação pois atua na eliminação do parasita e dos ovos.¹² Alguns autores recomendam repetir a aplicação passado uma semana.¹ Em Portugal apenas existe a permetrina a 1% (Nix®), que embora indicada no prontuário²¹ para esta finalidade não existem estudos com esta concentração para o tratamento da escabiose²³.

O Crotamiton encontra-se aprovado pelo FDA para tratamento da escabiose apenas no adulto.¹⁰ Aplicado por 24h durante dois dias consecutivos pode ser útil para o tratamento dos nódulos escabióticos em crianças.^{2,7} Frequentes falhas no tratamento foram reportadas com este fármaco.^{2,10} Não está descrita uma idade mínima segura para tratamento com este fármaco.

O enxofre é o mais antigo escabicida¹¹ usado há séculos com esta finalidade^{1,12}, visto ser um fármaco pouco dispendioso e com baixa toxicidade^{11,24}. É utilizado como um precipitado de enxofre a 6-10% em vaselina, aplicado durante três noites consecutivas, e realizando lavagem entre cada aplicação (o banho é realizado imediatamente antes da próxima aplicação)^{1,2,7,23,25}, repetindo o tratamento após uma semana. O precipitado de enxofre é o tratamento de escolha para mulheres grávidas, a amamentar e crianças menores que dois meses^{7,15,23,24}. A principal desvantagem resulta da cosmetividade e cheiro desagradáveis.^{1,24}

Dois estudos prospetivos usaram o enxofre e verificaram tratar-se de um fármaco eficaz e com poucos efeitos adversos, nomeadamente na população pediátrica.^{12,23} Strong na revisão da Cochrane de 2007 refere dois estudos em que não houve diferenças significativas nas falências do tratamento quando comparado o lindano e o enxofre e o benzoato de benzil e o enxofre.¹⁶ O facto existirem poucos estudos comparativos usando este fármaco fazem com que a evidência quanto ao seu uso seja limitada.²

Após 24h dos tratamentos com permetrina, lindano ou enxofre o risco de contágio é mínimo.²⁶ Em todos os casos recomenda-se realizar uma segunda aplicação passado uma semana e controlo clínico às duas e quatro semanas.²⁶

O tratamento com Ivermectina oral é rápido, eficaz, simples, seguro e bem tolerado o que resulta numa melhor adesão⁴, mas não está licenciado na maioria dos países¹¹. Alguns autores referem que deve ser usado nos casos de escabiose resistente²⁷ em que os doentes não respondem aos escabicidas tópicos (escabiose norueguesa ou doentes imunodeprimidos), no idoso, em doentes com eczema generalizado ou dermatite atópica^{1,2}. Este fármaco é particularmente útil nas epidemias em instituições.^{4,28,29} Existe ainda controversa quanto a dose, número de cursos e intervalos entre os cursos.⁴ Alguns trabalhos realçam que duas tomas de ivermectina são tão eficazes como uma aplicação única de permetrina.^{30,31} Usha e colaboradores sugerem que a ivermectina pode não ser eficaz contra todos os estádios do ciclo de vida do parasita.³⁰ Sharma num trabalho prospetivo encontrou uma eficácia e tolerabilidade semelhante entre a permetrina tópica e a ivermectina oral, quer numa quer em duas

Quadro 5 – Fármacos existentes no mercado português e indicações para a sua utilização

Genérico	Contra-indicações e precauções	Indicação em crianças	Modo de aplicação
Permetrina a 5% Não comercializado em Portugal	Gravidez e aleitamento ²¹ . Evitar o contacto com os olhos ²¹ .	Pode ser usado em crianças a partir dos dois meses ⁸	Aplicar o creme com massagem suave e remover por lavagem 8-14 horas depois ⁷ . Uma aplicação é curativa ¹² . Duas (ou mais) aplicações, separadas por uma semana podem ser necessárias, particularmente no caso da escabiose Norueguesa ^{9,10} .
Benzoato de Benzilo Acaribial®	Gravidez, aleitamento e < 30 meses. Não aplicar na face, olhos e meato uretral, ou quando exista inflamação da pele ²¹ .	Apenas em crianças a partir dos 30 meses ²¹ .	Após banho e secagem, aplicar em camada fina, uniforme e com massagem ligeira em toda a pele abaixo do queixo e, em particular, nas pregas; deixar secar e aplicar segunda camada ²¹ . Aplicar novamente nos dois dias consecutivos e, se necessário, repetir passados sete a 10 dias ²¹ .
Crotamiton Eurax®	Gravidez e aleitamento. Evitar utilização perto dos olhos, boca, outras mucosas, se houver pele escoriada e em presença de dermatite exsudativa ²¹ .	Pode ser usado mas menos eficaz ² . Não aprovado pelo FDA a sua utilização em crianças.	Após banho e secagem, aplicar em camada fina, uniforme e com massagem ligeira em toda a pele abaixo do queixo e, em particular, nas pregas; fazer uma segunda aplicação 24 horas mais tarde; nalguns casos pode ser necessária uma aplicação diária até cinco dias ou repetir após uma semana ²¹ .
Enxofre a 6-10% em vaselina (f.s.a.)	Nenhuma.	Pode ser usado em qualquer idade	Aplicar por 24h durante três dias consecutivos (banho antes de cada aplicação) ^{1,2,25}
Lindano Não comercializado em Portugal	Gravidez e aleitamento. Pode provocar convulsões, espasmos ou anemia aplásica ²		Tratamento tópico de 2ª ou 3ª linha ²
Ivermectina oral Não comercializado em Portugal	Gravidez e aleitamento ² .	Não aprovado em crianças com menos de 15 kg ^{2,11}	Dose de 200µg/kg (recomendado repetir duas semanas depois) ^{2,11} Existe para uso hospitalar ²¹ .

tomas.³¹ O CDC e as recomendações europeias recomendam o uso de ivermectina dose de 200µg/kg com uma segunda dose duas semanas depois.^{2,10,11} A Ivermectina não deve ser usada em crianças com menos de dois anos de idade.¹

Não existem estudos controlados sobre o uso de ivermectina tópica.¹¹

No Quadro 5 estão discriminados o nome comercial dos escabicidas presentes no mercado português. No Quadro 6 os autores apresentam uma proposta de tratamento dividida quanto ao grupo etário, tendo em consideração os fármacos existentes em Portugal, a sua segurança, eficácia e experiência do serviço de Dermatologia.

Para evitar a re-infestação é importante no dia a seguir ao primeiro tratamento: lavar toda a roupa, toalhas e lençóis a pelo menos 60°C ou secar na máquina ou lavar a seco.^{2,4,10} Os artigos não laváveis devem ser fechados num saco plástico durante pelo menos 72 horas.^{2,10,11} As crianças e os adultos podem normalmente voltar à escola/local de trabalho no dia a seguir ao tratamento.^{2,32} Os colegas da turma e o professor não precisam de ser tratados a não ser que apresentem sinais ou sintomas de infecção.³² Não há necessidade de tratar os animais domésticos.¹² É muito importante fornecer informação escrita detalhada aos doentes sobre a forma de aplicação.^{4,11} É necessário explicar que o prurido pode persistir por várias semanas especialmente em indivíduos atópicos.¹¹

Quadro 6 – Recomendações práticas por grupo etário

Idade	1ª Linha	2ª Linha	3ª Linha
Recém nascido	Vaselina pura esterilizada	Enxofre 6-10% em vaselina esterilizada	
1-2 meses	Enxofre 6-10% em vaselina esterilizada		
2-30 meses	Enxofre 6-10% em vaselina esterilizada	Crotamiton	
>30 meses	Enxofre 6-10% em vaselina esterilizada	Benzoato de Benzilo	Crotamiton

CONCLUSÕES

A escabiose continua a ser uma dermatose muito frequente cujo tratamento em idade pediátrica permanece um desafio. A ausência no mercado português da permetrina a 5% dificulta ainda mais a abordagem destes doentes. O “velho enxofre” utilizado em grande escala nos países subdesenvolvidos, com bons resultados e um bom perfil de segurança^{23,33} parece ser a nossa principal arma terapêutica neste grupo etário. Vários protocolos internacionais incluem o enxofre como um dos escabicidas recomendados em idade pediátrica.^{11,24,26,34}

SCABIES – PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT

ABSTRACT

Introduction: Scabies is an infection caused by the parasite *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* that gains significance due to the morbidity associated with intense itching, high infectivity, frequent outbreaks and persistence of symptoms for many days even after complete eradication.

Objectives: Approach to pathophysiology, differential diagnosis and treatment options in children.

Development: In pediatrics the differential diagnosis of escabiosis with other very common diseases in this age group is sometimes difficult. The lack of studies regarding efficacy and safety of the various available drugs in children makes it difficult to draw recommendations. Scabies treatment is based more on personal experience, local availability and cost than on medical evidence.

Conclusions: This article aims to summarize the pathogenesis of infection by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* in children focusing special attention on symptoms and treatment. Although there are no randomized controlled trials with sulfur precipitated in scabies treatment to prove its efficacy and safety, it seems to be one of the most recommended drugs in this age group.

Keywords: Diagnosis, scabies, sulfur, treatment.

Nascer e Crescer 2013; 22(2): 80-86

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karthikeyan K. Scabies in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2007; 92:ep65-9.
2. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med 2006; 354:1718-27.
3. Esteves JA, Baptista AP, Rodrigo EG, Gomes MA. Dermatologia. 3ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian, 2005: 1035-49.
4. Wolf R, Davidovici B. Treatment of scabies and pediculosis: facts and controversies. Clin Dermatol 2010; 28:511-8.
5. Leone PA. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. Clin Infect Dis 2007; 44:S153-9.
6. Walton SF, Currie BJ. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. Clin Microbiol Rev 2007; 20:268-79.
7. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet 2000; 355:819-26.
8. Eichenfield L, Frieden I, Esterly N. Neonatal Dermatology. 2th ed. Saunders Elsevier, 2008: 220-2.
9. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ 2005; 331:619-22.
10. Global Health - Division of Parasitic Diseases and Malaria. Parasites - Scabies - Treatment. Centers for Disease Control and Prevention 2010 (Acedido em: 6 Março 2012). Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/scabies/treatment.html>.
11. Scott GR, Chosidow O; IUSTI/WHO. European guideline for the management of scabies, 2010. Int J STD AIDS 2011; 22:301-3.
12. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet 2006; 367:1767-74.
13. Prendiville J. Scabies and Lice. In: Harper J, Oranje A, Prose N. Harper's Textbook of Pediatric Dermatology 2nd Ed. Blackwell Publishing Lt 2005. p 555-62.
14. Goldstein B, Goldstein A. Scabies 2012 (Acedido em: 6 Março 2012). Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/scabies?view=print>
15. Jin SP, Choi JE, Won CH, Cho S. Scabies in a 2-month-old Infant Successfully Treated with Lindane. Ann Dermatol 2009; 21:200-2.
16. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev 2007; 3:CD000320.
17. Walker GJ, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev 2000; 3:CD000320.
18. Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. J Am Acad Dermatol 1984; 11:210-5.
19. Karthikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. Postgrad Med J 2005; 81:7-11.
20. Brooks PA, Grace RF. Ivermectin is better than benzyl benzoate for childhood scabies in developing countries. J Paediatr Child Health 2002; 38:401-4.
21. Caramona M, Esteves A, Gonçalves J, Macedo T, Mendonça J, Walter O, et al. Prontuário terapêutico 2011. Medicamentos usados em afecções cutâneas. Antiparasitários. Sarcoptose (*Sarcoptes scabiei* - sarna): 444-5.
22. Zargari O, Golchai J, Sobhani A, Dehpour AR, Sadr-Ashkevari S, Alizadeh N, Darjani A. Comparison of the efficacy of topical 1% lindane vs 5% permethrin in scabies: a randomized, double-blind study. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2006; 72:33-6.
23. Singalavanija S, Limpongsanurak W, Soponsakunkul S. A comparative study between 10 per cent sulfur ointment and 0.3 per cent gamma benzene hexachloride gel in the treatment of scabies in children. J Med Assoc Thai 2003; 86:S531-6.
24. Ishii N, Asahina A, Amagai M, Iijima M, Ishikawa O, Imamura H, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (second edition). J Dermatol 2008; 35:378-93.
25. Bachewar NP, Thawani VR, Mali SN, Gharpure KJ, Shingade VP, Dakhale GN. Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. Indian J Pharmacol 2009; 41:9-14.
26. Briones V. Escabiosis. Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría. 2008: 159-63 (Acedido em: 6 Março 2012). Disponível em: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/escabiosis.pdf>

27. Cook AM, Romanelli F. Ivermectin for the treatment of resistant scabies. *Ann Pharmacother* 2003; 37:279-81.
28. Buffet M, Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundam Clin Pharmacol* 2003; 17:217-25.
29. Guay DR. The scourge of sarcoptes: oral ivermectin for scabies. *Consult Pharm* 2004; 19:222-35.
30. 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.
31. Sharma R, Singal A. Topical permethrin and oral ivermectin in the management of scabies: a prospective, randomized, double blind, controlled study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77:581-6.
32. Goldstein B, Goldstein A. Patients information: Scabies 2012 (Acedido em: 6 Março 2012). Disponível: <http://www.uptodate.com/contents/patient-information-scabies>
33. Díaz M, Cazorla D, Acosta M. Efficacy, safety and acceptability of precipitated sulphur petrolatum for topical treatment of scabies at the city of Coro, Falcon State, Venezuela. *Rev Invest Clin* 2004; 56:615-22.
34. Scabies management. Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society. 2010. (Acedido em: 30 Março 2012). Disponível em: <http://www.cps.ca/english/statements/ii/ii01-01.htm>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mónica Tavares
Centro Hospitalar do Porto
Hospital de Santo António
Serviço de Pediatria
Largo do Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto, Portugal
E-mail: monicamtavares@hotmail.com

Recebido a 02.05.2012 | Aceite a 05.09.2012