

## Capítulo 3

# ESCABIOSE

JOANA DE CARVALHO SOUZA<sup>1</sup>  
ISABELA FERREIRA SANTOS<sup>1</sup>  
MARIANA PENA PIACENZA MORAES<sup>1</sup>  
MARCELA COTTA DE CASTRO<sup>2</sup>

1. *Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais*
2. *Departamento de Dermatologia Tropical, Hospital Central do Exército - Rio de Janeiro, Brasil.*

**Palavras-Chave:** Escabiose; *Sarcoptes scabiei*; Medicamentos escabícidass.



DOI: 10.59290/978-65-6029-145-4.3

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2021), escabiose ou sarna é considerada uma parasitose humana que possui como agente etiológico o ácaro *Sarcoptes Scabiei* variação *hominis*. O contágio ocorre exclusivamente pelo contato direto com pessoas ou com objetos e roupas contaminados. Dessa forma, animais, como cães e gatos, não são responsáveis pela transmissão da sarna humana. Além disso, para que ocorra a contaminação, o contato deve ser de longa duração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2021).

Essa doença já se mostrava presente desde a época de Aristóteles (384-322 a.c.), sendo ele a primeira pessoa a identificar os ácaros da sarna, os quais denominou de “piolho do corpo”. Atualmente, sabe-se que a transmissão do ácaro ocorre exclusivamente pela fêmea, visto que o macho morre após a cópula. Assim, a fêmea penetra na epiderme humana e, durante cerca de 30 dias, cava um túnel na camada subcórnea. Em seguida, deposita entre 40 e 50 ovos, os quais eclodem dentro de 3 a 5 dias. As larvas que são liberadas dos ovos voltam para a superfície da pele, onde completam seu ciclo evolutivo, que dura cerca de 15 a 21 dias, passando pela fase de ninfa e, finalmente, alcançando a fase adulta. O período de incubação varia de 3 a 4 semanas. Fora do hospedeiro, o ácaro sobrevive por 24 a 36 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2021; CARDOSO *et al*, 2020; COUTINHO & TEIXEIRA, 2020).

O principal sintoma da sarna é o prurido, que ocorre principalmente no período noturno. Essa coceira se dá devido à movimentação do ácaro nos túneis, como também devido ao contato direto do hospedeiro com as substâncias alérgicas do parasita. As principais lesões de

pele resultantes são as pápulas, os túneis formados pelo ácaro com pequenas vesículas e as crostas hemáticas, se apresentando, principalmente, nas axilas, entre os dedos das mãos, auréolas, genitais, nádegas e cintura. Na maior parte dos casos, a face não é afetada. O diagnóstico geralmente é clínico, podendo ser necessários exames laboratoriais (DEMARQUE & NUNES, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Essa doença pode gerar complicações devido a infecções bacterianas secundárias. Ademais, há os prejuízos sociais decorrentes dos gastos com os medicamentos, da perda de sono devido ao intenso prurido noturno, resultando em uma defasagem no rendimento do indivíduo afetado ao longo do dia (DEMARQUE & NUNES, 2019).

O tratamento pode ser feito por meio do uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos, atendendo-se também aos cuidados com vestimentas, roupas de cama e toalhas, que devem ser lavadas e passadas com ferro quente. Além disso, é importante ressaltar que, além do paciente infectado, todos os indivíduos que convivem próximos a ele também devem ser tratados, uma vez que apenas alguns minutos de contato direto pode resultar no contágio (DEMARQUE & NUNES, 2019).

## EPIDEMIOLOGIA

A sarna é considerada um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Ela pode se manifestar em indivíduos de qualquer faixa etária, classe social, gênero e raça. No Brasil, sua prevalência é de 10%. A faixa etária com maior número de casos configura as crianças pré-escolares e adolescentes de regiões tropicais, as quais correspondem de 5 a 10% dos casos. Na fase adulta, observa-se uma redução na prevalência da doença. Entretanto, a par-

tir dos 60 anos de idade, os casos voltam a crescer (DEMARQUE & NUNES, 2019).

Nos países tropicais e subtropicais, a incidência da doença é de 25%. Regiões caracterizadas por possuírem um baixo nível socioeconômico e locais com elevados índices de superlotação, como ambientes institucionalizados, apresentam maiores taxas de incidência dessa patologia (DEMARQUE & NUNES, 2019).

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde classificou a escabiose como uma doença tropical negligenciada, uma vez que as normas para sua prevenção e controle são precárias ao redor do globo. Há uma estimativa epidemiológica de que essa condição afeta em torno de 300 milhões de pessoas por ano no mundo. Além disso, ela é uma condição que possui uma grande demanda dermatológica no ambiente das Unidades Básicas de Saúde (DEMARQUE & NUNES, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 2021, durante a pandemia de COVID-19, ocorreram surtos de escabiose no Brasil, devido ao uso indiscriminado do medicamento ivermectina após estudos que o relacionaram a uma ação antiviral contra o vírus SARS-Cov-2. Dessa forma, com o fácil acesso à essa medicação e seu uso repetido e inadequado, uma maior resistência do parasita *Sarcoptes scabiei* aos tratamentos está sendo gerada (SILVA *et al.*, 2023).

## FISIOPATOLOGIA

A fêmea do *S. scabiei*, caracteristicamente, alimenta-se de células da epiderme, justificando a capacidade de desenvolvimento desse agente no organismo humano. Ao perfurar o tecido em detrimento de sua alimentação, a saliva do ácaro é liberada no sítio de perfuração, a qual, por possuir proteases em sua composição, tem

ação direta no dano tecidual e na repressão do processo reparador local (NEVES, 2016).

Ao entrar em contato com o organismo, o agente desenvolve uma resposta imunológica de hipersensibilidade do tipo IV, característica por possuir envolvimento de resposta celular (FIHO, 2016). O antígeno presente nos tecidos, sendo a epiderme no caso do *S. scabiei*, estimula a ação dos linfócitos Th2, os quais, por meio da secreção de citocinas, ativam a resposta de mastócitos e de eosinófilos havendo, por consequência, liberação de mediadores inflamatórios. O processo imune ocorre em um período de 48 a 72 horas para desencadear a resposta, possuindo a nomenclatura de hipersensibilidade tardia. Entretanto, em um primeiro contato com o ácaro, o organismo humano demora mais tempo para reconhecê-lo e produzir os sintomas clínicos (NEVES, 2016).

Devido a esse comprometimento imunológico associado às lesões cutâneas, o paciente torna-se mais suscetível ao desenvolvimento de infecções secundárias, principalmente aquelas que acometem as estruturas dermatológicas (AZULAY, 2017).

Por mais que variações do ácaro não sejam compatíveis com o organismo humano, um contato direto com elas pode provocar um quadro agudo e autolimitado de sarna (NEVES, 2016).

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas são consequências diretas da ação mecânica e da reação de hipersensibilidade tardia ao antígeno *S. scabiei*, citada mais detalhadamente na seção de fisiopatologia da escabiose.

As lesões possuem um padrão de distribuição típico pelo corpo, sendo encontradas em axilas, nádegas, pregas interdigitais, punhos, cotovelos,aréola mamilar, região hipogástrica e periumbilical e, em homens, na região peni-

ana. Quando ocorridas em crianças, podem acometer a face, o couro cabeludo, a palma das

mãos e a planta dos pés (FIHO, 2016) (**Figuras 3.1 e 3.2**).

**Figura 3.1** Lesões de escabiose no abdome



**Fonte:** Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2021

**Figura 3.2** Lesões de escabiose nas plantas dos pés em caso pediátrico



**Fonte:** SpringerScience+BusinessMedia

Devido ao trajeto do ácaro, apresentam-se na pele diversos túneis, de 5 a 15mm, de coloração acinzentada, de aspecto sinuoso e com uma vesícula em uma extremidade, na qual se encontra o agente. Tal manifestação é patogno-

mônica da escabiose. Associadas aos túneis escabióticos, visualizam-se pápulas eritematosas de caráter descamativo (FREITAS, 2023) (**Figuras 3.3 e 3.4**).



**Figura 3.3** *Sarcoptes scabiei*. Dermatoscopia. Pode-se ver ponto escuro na extremidade inferior em formato de “asa-delta”, o que corresponde ao segmento anterior do ácaro.



**Fonte:** Silva *et al.*, 2023

**Figura 3.4** Túneis escabióticos - lesão patognomônica



**Fonte:** Freitas K., 2023

Além desses, o prurido intenso é muito queixado entre os pacientes com sarna. O quadro é característico por ser mais evidente à noite, principalmente pelo ambiente quente do leito do hospedeiro, o qual permite uma maior mobilidade do ácaro pela epiderme. Por ser um fenômeno significativo, a presença de escoriações decorridas pelo ato de coçar é muito frequente (AZULAY, 2017).

Fugindo das áreas específicas das manifestações escabióticas, lesões pontiformes urticariformes e de origem alérgica podem estar presentes (FIHO, 2016).

#### **Sarna Crostosa:**

A sarna crostosa, ou sarna norueguesa, é uma forma cujas concentrações do *S. scabiei* são extremamente maiores que as normais - cerca de milhões de ácaros, quando os normais

variam entre 10 e 12 ácaros - , produzindo um quadro de superinfecção da escabiose. Os principais fatores de risco para o caso são pessoas com imunossupressão, com neuropatias, com déficits psiquiátricos ou com hábitos de higiene precários (AZULAY, 2017).

Quanto às manifestações clínicas, percebem-se lesões eritemato-descamativas de as-

pecto psoriasiforme e lesões crostosas estratificadas, podendo ser espessas e acometendo, principalmente, áreas de hiperqueratinização e de eminências ósseas, como regiões ungueais, palmoplantares e de face. O prurido, nesse caso, ocorre de forma variável (AZULAY, 2017) (**Figura 3.5**).

**Figura 3.5** Placas hiperkeratóticas, descamativas e de caráter difuso em paciente com infecção por HIV e *S. scabiei*



**Fonte:** SpringerScience+BusinessMedia

Somado aos sintomas dermatológicos, tem-se linfadenopatia generalizada, eosinofilia e IgE sérico para *S. scabiei* aumentado (FILHO, 2016).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da escabiose pode ser realizado de forma clínica, quando as lesões dermatológicas encontram-se características da doença, ou através de exames parasitológicos.

Clinicamente, a presença de prurido que se intensifica à noite, as características e evolução das lesões e a epidemiologia da doença são o suficiente para fechar o diagnóstico. Quando os achados clínicos não são o suficiente para diagnosticar a escabiose, emprega-se exames parasitológicos como o exame da fita gomada e o raspado cutâneo (NEVES, 2016).

O exame da fita gomada é realizado através da adesão da mesma sobre as crostas que posteriormente será examinada em um micros-

cópio de aumento de 10 à 40 vezes. O raspado cutâneo é realizado preferencialmente à noite, pois é durante esse turno que ocorre o aumento da sensibilidade, resultante do maior nível de atividade da fêmea do *S. scabiei*, em decorrência do aumento da temperatura corporal. Nesse exame, raspa-se a epiderme no limite das lesões e pele sadia, coletando o material em lâmina com gotas de NaOH ou lactofenol e, após 5 à 10 minutos examina-se com microscópio (AZULAY, 2017).

Pode-se também lançar mão do uso do dermatoscópio a fim de encontrar pequenas estruturas triangulares e escurecidas juntamente ao segmento linear presente na base do triângulo. Essas estruturas simbolizam, na devida ordem, a porção pigmentada anterior do ácaro e o túnel escabiótico carregado com ovos e fezes do *S. scabiei* (AZULAY, 2017).

## TRATAMENTO

A terapêutica da escabiose é realizada através de medicamentos escabicidas, que podem ser encontrados na formulação sistêmica ou tópica. Precedido ao início do tratamento, é necessário que se realize o levantamento de todos os contatos domiciliares e, em caso de dúvida das pessoas possivelmente acometidas, deve-se tratar a todos simultaneamente a fim de evitar um novo ciclo epidemiológico (NEVES, 2016).

Na abordagem sistêmica da escabiose, faz-se uso da Ivermectina via oral, um antiparasitário de amplo espectro com eficácia evidenciada em pacientes saudáveis e imunossuprimidos que deve ser evitado em pacientes com alteração na barreira hematoencefálica, durante a amamentação e em crianças com menos de 15 kg. A ivermectina atua sobre os canais de cloro controlados pelo glutamato, que estão presentes nos neurônios e nas células musculares dos ácaros e nematódeos, causando uma paralisia flácida do agente etiológico. Esse medicamento

é administrado via oral em jejum, dose única ou com a administração de uma segunda dose após 10 dias a fim de atingir possíveis ácaros que eclodiram após a primeira administração (AZULAY, 2017). As doses medicamentosas da ivermectina deve respeitar a escala de peso corporal, orientando ao uso de meio comprimido em pacientes de 15 a 24 kg, um comprimido para pacientes com 25 a 35 kg, um comprimido e meio para pacientes de 36 a 70 kg, dois comprimidos para pacientes com 51 a 65 kg, dois comprimidos e meio para pacientes com 65 a 79 kg e para pacientes com 80 kg ou mais, utiliza-se três comprimidos de ivermectina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os principais escabicidas tópicos disponíveis para a terapêutica da escabiose são: permetrina, monossulfeto de tetraetiluram, benzoato de benzila, lindano e enxofre. A permetrina 5% costuma ser utilizada em forma de loção e, além de ser muito efetiva, possui baixa toxicidade. A recomendação é que se aplique durante a noite de forma única e após 5 a 7 dias, realize uma segunda aplicação. No entanto, esse medicamento não deve ser utilizado em grávidas, crianças com menos de 2 meses e durante o aleitamento materno. Nos casos citados anteriormente, a administração de enxofre 5 a 10% por 3 noites consecutivas em forma de vaselina líquida ou pasta d'água mostra-se segura (AZULAY, 2017).

O monossulfeto de tetraetiluram é uma solução a 25% administrada de forma diluída no momento da aplicação em 2 a 3 de água em adultos e 3 a 4 de água para crianças. No caso da ingestão de álcool até 10 dias depois do uso da solução pode haver vasodilatação periférica, mal-estar, náusea, tontura e outros sintomas (AZULAY, 2017).

O benzoato de benzila pode ser administrado através de loção ou creme, na porcentagem de 10 a 25% e pode apresentar efeitos

colaterais tais como prurido, irritação primária e xerose, que é o ressecamento do local. No Brasil, o lindano teve sua comercialização proibida devido a sua neurotoxicidade e ao aumento de tumores cerebrais em crianças (AZULAY, 2017).

Com o objetivo de evitar novos contágios, algumas medidas profiláticas devem ser aplicadas juntamente com as medidas terapêuticas

citadas acima, tais como evitar o contato íntimo com pessoas possivelmente acometidas e seus pertences, trocar com frequência roupas pessoais e roupas de cama e tratar com produtos acaricidas ou através de tratamento de frio ou calor objetos e superfícies que possivelmente possam estar contaminados, visto que o *S. scabiei* é sensível às condições de baixa umidade, calor intenso e luz solar direta (NEVES, 2016).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZULAY, R.D.; AZULAY D.R. Dermatologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FIHO, G.B. *et al.* Bogliolo Patologia. 9.ed. Belo Horizonte: Guanabara Koogan, 2016.

NEVES, David Pereira. Parasitologia Humana. 13.ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2016. Escabiose (ou Sarna). Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2023. Disponível em <https://www.sbd.org.br/doencas/escabiose-ou-sarna/#:~:text=O%20principal%20sintoma%20da%20escabiose,nas%20suas%20extremidades%2C%20pequenas%20ves%2C%20ADculas>. Acesso em: 27 de novembro de 2023.

SILVA, *et al.* Uso incorreto de Ivermectina Provoca Surtos de Escabiose Humana no Brasil. Revista Biosalus, Maringá, v. 5, 2023 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.

CARDOSO, *et al.* Atualização em Dermatoses Parasitárias. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 95, p. 1-14, 2020 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.

COUTINHO, H. F. A; TEIXEIRA, E. R. Medidas de Prevenção e Controle de Escabiose: revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v. 9, n. 10, 2020 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.

DEMARQUE, S. S; NUNES, C. P. Escabiose: as possíveis complicações e estratégias de intervenção. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental, v. 1, n. 2, 2019 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.

RODRIGUES, T. O. S. Sarna Humana. 2014. Porto. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a Demanda Espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Cadernos de Atenção Básica, v. 2, Brasília, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf). Acesso em: 27 de novembro de 2023.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias / guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MELO, E. D; RIBAS, C.B.R; ENCARNÇÃO, I. C.L. Dermatoscopia digital: método complementar no diagnóstico da escabiose. Anais brasileiros de dermatologia, v. 95, n. 5, p. 638-640 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.

KIESOLOVÁ, K. *et al.* Estudo Retrospectivo de 109 doentes com escabiose: retrato de uma região. Revista SPFV, v. 76, n. 1, 2018 doi.org/10.5935/2238-3182.20140021.