epublicação

cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

A atuação no tempo certo e uma comunicação adequada são essenciais para o sucesso do tratamento.

Escabiose

Tratar eficazmente e controlar a transmissão

DATA 2016-06-30 **AUTOR** Ana Paula Mendes , *Farmacêutica do CIM*

A escabiose, vulgarmente conhecida por sarna, é uma infestação cutânea contagiosa, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*,[1-7] que resulta numa erupção com um padrão característico e altamente pruriginosa.[1]

Epidemiologia

A sua incidência parece sofrer flutuações cíclicas.[1,4,8] Estima-se que afete anualmente 300 milhões de pessoas a nível mundial,[2,3,5-9] apesar de alguns considerarem esta estimativa exagerada.[6,7] A escabiose é endémica em países subdesenvolvidos;[7,8,10] nos países desenvolvidos, os casos habitualmente são esporádicos,[10] podendo ocorrer epidemias em grupos socialmente desfavorecidos ou em instituições,[6,7,10] como infantários, instituições de cuidados prolongados ou prisões.[2] Nestes países, em que o clima é geralmente temperado, a escabiose é mais comum no inverno, provavelmente devido a maior aglomeração e contacto entre pessoas, bem como à maior sobrevivência dos ácaros no tempo frio.[1,8,10]

Apesar de poder afetar pessoas de todos os extratos sociais,[2,4,6,11] as crianças, os idosos,[2,8] os doentes com imunossupressão ou com atrasos no desenvolvimento apresentam um risco significativamente superior.[2] Entre os fatores que favorecem o aparecimento de escabiose incluem-se a pobreza, habitar em condições exíguas e aglomeradas,[2-4,10] a malnutrição[2-4] e o acesso reduzido a cuidados de saúde.[2,10]

Transmissão

O ácaro é um parasita obrigatório[6,8] e altamente suscetível à desidratação quando fora do hospedeiro.[8] Em condições típicas, os ácaros podem sobreviver fora do hospedeiro durante 24 a 36 horas,[1,6,10] mas este tempo pode ser muito superior em ambientes frios com elevada humidade relativa.[1,10]

É a fêmea adulta a responsável pela infestação.[1-3,6,8] As fêmeas escavam galerias na pele,[1,3,10] com o auxílio da secreção de enzimas proteolíticas,[1] onde colocam os seus ovos ao longo de vários dias.[1-3,8] As larvas eclodem no máximo em 4 dias[1-3,10] e demoram aproximadamente 10 a 14 a atingirem a idade adulta,[2,10] dirigindo-se para a superfície, onde copulam e continuam o ciclo de vida.[1,3] O número de ácaros envolvido numa infestação em adultos é cerca de 10 a 15.[1-3,7]

A escabiose também pode afetar outros mamíferos, mas as subespécies são geneticamente distintas[1,8] e a infetividade cruzada é limitada.[1,8,10] Ocasionalmente ocorrem infestações originárias de animais, especialmente cães, que tendem a ser autolimitadas;[10] é improvável que a escabiose contraída através de um animal cause uma infestação extensa, a menos que este não seja tratado. Geralmente não ocorre reprodução nem transmissão destes ácaros entre humanos.[1]

A transmissão ocorre geralmente por contacto cutâneo directo,[1-8,10-12] tanto mais provável quanto maior a carga de parasitas,[6] e por contacto sexual.[1,5,6] A transmissão intrafamiliar[1,6,8] e em instituições[6] é frequente. A frequência escolar não proporciona habitualmente o nível de contacto necessário para a transmissão.[1]

A transmissão a partir de reservatórios, como roupas, lençóis,[2,3,7,8] ou toalhas[7] é limitada;[2,3,8] apesar de raros, tem havido casos de aquisição da doença após contacto com roupas altamente contaminadas ou por pernoitar em camas com lençóis recentemente utilizados por um indivíduo infestado.[1] A transmissão através do vestuário ou roupa de cama é mais provável em casos com elevada carga de parasitas, como no caso da sarna crostosa (ver abaixo).[1,5,6,8,12]

Manifestações clínicas

A manifestação clínica principal da escabiose é o prurido, frequentemente muito intenso e geralmente pior à noite.[1,3-8] O prurido resulta de uma reação de hipersensibilidade aos ácaros, aos seus ovos ou fezes, que ocorre aproximadamente 3 semanas após a infestação primária.[1,2,4,8,10] Contudo, em reinfestações, os sintomas geralmente iniciam-se em um[1,2,6,8,10] a três dias,[1,6] presumivelmente devido a sensibilização prévia do sistema imunitário do doente.[1,2]

As lesões cutâneas típicas da escabiose são pequenas pápulas eritematosas e a presença de galerias,[1-3,5,8,10] na forma de linhas finas e acinzentadas,[1,3] salientes ou achatadas, que marcam o percurso do ácaro no interior da epiderme.[8] As galerias são muitas vezes difíceis de observar[1,2,8,10] devido a escoriações sobrepostas.[4,8]

As lesões localizam-se predominantemente nas zonas interdigitais,[1,2,4-8,12] na flexura dos pulsos, axilas,[1,2,4-7] cotovelos,[1,2,5-7] ou joelhos,[1] nos tornozelos,[8] nas nádegas,[5-7] na zona genital e nos seios.[1,2,4,6-8] Geralmente a cabeça[2,3,6-8,10] e o pescoço[2,3,6,10] não são afetados, apesar de ser possível o seu envolvimento em crianças[2,3,6-8,10] ou idosos.[2,6,7] Os bebés e crianças pequenas muitas vezes apresentam uma grande afetação das palmas das mãos e plantas dos pés,[1,3,6] dos dedos, e podem até ter evidência de ácaros debaixo das placas ungueais.[1]

Os doentes ocasionalmente desenvolvem uma forma nodular de escabiose, localizada habitualmente na zona genital,[1,6-8,10] virilhas,[1,7] nádegas[1] e dobras axilares.[1,6,7,10] Resulta da reação imunitária aos antigénios do ácaro e pode ocorrer após o tratamento.[7,8]

A **sarna crostosa** é uma variante habitualmente observada em doentes imunocomprometidos, como os infetados pelo VIH[1,2,7,8,10,12] pelo HTLV[1,2,8,10] lepra,[1,8] com linfoma,[1,2] doenças auto-

epublicação
CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Escabiose

DATA 2016-06-30 **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Farmacêutica do CIM*

-imunes,[2] ou imunossupressão iatrogénica,[7,8] mas também em idosos,[1,4,10] indivíduos com malnutrição ou atrasos no desenvolvimento,[2,6] incluindo doentes com síndroma de Down.[1,6,8]
A sarna crostosa caracteriza-se pela formação de crostas ou placas, geralmente no couro cabeludo, mãos ou pés,[1,3,5,6,12] mas também na face.[6,8] Se não tratada, as placas podem alastrar, e eventualmente afetar todo o tegumento cutâneo.[1] O prurido pode ser mínimo ou inexistente.[1-4,8] É causada por um número extremamente elevado de parasitas[1-3,6,8,10] e estes doentes são muito contagiosos,[2,3,6-8,10] inclusive por transmissão indirecta,[1,5,6,8] podendo causar surtos significativos.[2] O seu tratamento é muito difícil e apresentam mortalidade elevada por sépsis bacteriana secundária.[7]

Complicações. As pápulas podem evoluir para vesículas e bolhas. As pápulas e vesículas podem evoluir para lesões secundárias, como escoriações, eczematização, infeções secundárias e crostas.[10] Coçar as lesões pode conduzir a infeções bacterianas secundárias,[1,2,7,8,10] especialmente nos meses de verão,[1] causadas por estreptococos do grupo A e estafilococos.[7,8,10] Em países de menores recursos,[8] as infeções secundárias podem acarretar complicações adicionais, como glomerulonefrite pós-estreptocócica[2,7,8,10] e febre reumática.[2,8]

Tratamento

A atuação no tempo certo e uma comunicação adequada são essenciais para o sucesso do tratamento.[1] As pessoas que coabitem, ou que tenham mantido um contacto próximo com um doente, devem ser tratadas simultaneamente, para evitar o contágio e a reinfestação,[1,2,5-10] porque podem estar infestadas sem manifestarem ainda sintomas, que podem demorar várias semanas a surgir.[2,7,9,10] Este cuidado é particularmente importante para mães de crianças infestadas.[8] Em surtos em instituições ou comunidades, deve ser considerado o tratamento em massa.[2] A identificação e tratamento dos doentes "nucleares", com sarna crostosa, é também importante, uma vez que estes doentes têm uma enorme carga de parasitas.[7,8]
A eficácia, tolerabilidade e custo guiam a escolha do tratamento específico.[12] Os fármacos tópicos constituem a primeira linha de tratamento,[2,8,9] entre os quais se inclui a permetrina em creme a 5%,[1,2,7,8] considerada de eleição em diversos países.[1,2,5,10] Outros tratamentos tópicos incluem o benzoato de benzilo, crotamiton, lindano, malatião ou enxofre em vaselina.[1,5,7,10] A ivermectina por via oral é também utilizada.[1,2,5,7,8]
Os ensaios comparativos entre tratamentos para a escabiose são escassos.[1,5,7,10,12] Existem relatos de surgimento de resistência aos fármacos disponíveis.[9,12]

Tratamento tópico

Permetrina. Tem mostrado eficácia no tratamento da escabiose;[1,2,5,10,12] contudo, é dispendiosa.[12]
O creme deve ser aplicado escrupulosamente desde o pescoço até à planta dos pés,[1-4,11] incluído as áreas debaixo das unhas.[1,7] Nas crianças e nos idosos recomenda-se a aplicação na face e no couro cabeludo, que também poderão estar afetados.[1,7,8,11] O creme deve ser mantido durante 8 a 14 horas e depois enxaguado;[1,3,6,8,9] tem sido recomendada uma segunda aplicação 1 a 2 semanas após a primeira,[1,7,8,11] de modo a eliminar larvas que tenham eclodido recentemente.[2,7]
É geralmente bem tolerada,[2,5,8,12] podendo causar ardor ou prurido ligeiros,[5,6,9,11] sensação de formigueiro, eritema e, raramente, distonia e convulsões.[9] A permetrina em creme é geralmente considerada segura em crianças de tenra idade,[1,2,10,11] na gravidez[2,10,11] e no aleitamento.[2,10]
Benzoato de benzilo. Apresenta elevada eficácia e um custo mais baixo do que a permetrina,[2,4,5,8,10,12] constituindo uma alternativa a esta[5] e considerado de primeira escolha em países de baixos recursos,[10] ou onde a permetrina não esteja disponível.[6] Por vezes causa irritação cutânea,[2,4,5,8,10] ardor,[6,8-10] sensação de picada[6,9] ou prurido.[9] As concentrações utilizadas são de 28%[2] a 25%[4,5,8,9] em adultos e 10-12,5%[2,10] a 6,25% em crianças; estas concentrações inferiores minimizam a irritação cutânea, mas também a eficácia.[8]
A aplicação deve ser mantida durante 24 horas,[2,5,6,8,9] podendo repetir-se um dia depois.[2]
Lindano. Parece ter eficácia semelhante à permetrina, mas tem sido associado a neurotoxicidade,[2,5,6,8,10] o que levou à sua retirada do mercado em diversos países;[2,5,8] está também associado a supressão da medula óssea.[2,6,8] É considerado uma alternativa para doentes que não responderam a outras terapias.[1,2,6,8,10] Não deve ser utilizado em crianças, grávidas[5,6] e em mulheres a amamentar.[6]
Enxofre. O enxofre precipitado em vaselina, em concentrações até 10%, é eficaz no tratamento da escabiose,[2,8] existindo uma longa experiência com o seu uso.[10,12] Deve ser aplicado e mantido durante 24 horas, lavado e reaplicado em 3 dias consecutivos.[2,5,6,8,9] É barato e seguro, mas requer aplicações repetidas, mancha as roupas,[12] tem mau odor e aplicação incómoda, o que pode comprometer a adesão ao tratamento.[2,8,9] Tem sido utilizado com segurança em bebés e em grávidas.[2,5,6,9,10]
Crotamiton. Tem sido utilizado numa concentração de 10%,[2,5,6,8] sendo considerado seguro em crianças,[5,8,10] na gravidez e aleitamento.[8]

Tratamento oral

Os tratamentos tópicos podem ser mal tolerados por alguns doentes, pois são incómodos, podem ser difíceis de aplicar, causar ardor ou picadas, especialmente se a pele apresentar escoriações ou eczema, ou existir risco por potencial absorção percutânea.[6] As vantagens de um fármaco oral são a facilidade de utilização, não ocorrência de dermatite associada ao tratamento e melhor adesão.[1]
Ivermectina. Tem sido usada desde há várias décadas no tratamento em massa da oncocercose e da filariose.[6,8-10] Apesar de a ivermectina oral se ter mostrado eficaz, não está amplamente disponível;[2,9,12] não está aprovada para tratamento da escabiose não complicada na maioria dos países,[8,9] com exceção da França, do Brasil[8-10] e do Japão.[9]
Parece ter uma eficácia semelhante ao lindano, ao benzoato de benzilo[10] e à permetrina tópica,[1,10] apesar de existirem estudos que demonstram uma melhor eficácia desta.[2]
A dosagem recomendada é de 200 µg/Kg em toma única, repetida uma[4,7,8] a duas[1,3-8,12] semanas mais tarde, devido à escassa atividade ovicida.[4,5,7-9] Deve ser ingerida com alimentos, de modo a melhorar a sua biodisponibilidade e penetração cutânea.[5,7] Tem sido considerada muito útil para tratamento de surtos em instituições ou comunidades,[1,2,8,10] circunstâncias em que a administração oral pode ser mais prática do que o tratamento tópico.[1,2,10] Também tem sido utilizada em doentes que não conseguem tolerar tratamentos tópicos,[5,6] em casos difíceis ou recorrentes[4,8] e, especialmente, no tratamento da sarna crostosa.[1-4,8,10]

epublicação
CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Escabiose

DATA 2016-06-30 **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Farmacêutica do CIM*

A ivermectina é geralmente bem tolerada no tratamento da escabiose,[1,6] podendo causar efeitos adversos transitórios como perturbações gastrointestinais, cefaleias,[4,9,11] *rash*,[9] ou vertigens.[4,11] Não se recomenda o seu uso em grávidas ou mulheres a amamentar, nem em crianças com peso <15 Kg.[1,4-6,8,9]

O tratamento da **sarna crostosa** deve combinar as vias tópica e oral.[5,7] É recomendado um regime que associa a permetrina tópica a 5%[1,3,7,10] ou o benzoato de benzilo tópico a 25%,[1,7] em aplicações repetidas, com a ivermectina oral 200 µg/Kg/dose em 5 administrações;[1,3,7,10] o número de tomas pode ser inferior[7] ou superior, consoante a gravidade da infestação.[7,10] A este esquema deverá associar-se a aplicação de queratolíticos,[2,5,7,10,12] para facilitar a eliminação das crostas[2,7] e a penetração dos fármacos tópicos.[7] As unhas do doente devem ser cortadas curtas e escovadas com um agente escabicida.[5]

Tratamentos adjuvantes

O prurido muitas vezes persiste até duas semanas após um tratamento bem-sucedido,[1-3,8] devido à hipersensibilidade desenvolvida, podendo ser aliviado recorrendo a anti-histamínicos.[1,2,4,8,11] Os emolientes podem proporcionar alívio sintomático.[12] Após a erradicação dos ácaros podem também ser utilizados corticosteróides tópicos[1,2,4] e, em casos graves, pode ser necessário um corticosteróide oral, como a prednisolona.[1]

Infeções bacterianas secundárias necessitam de ser tratadas com antibióticos tópicos ou orais, dependendo da gravidade.[2,8,9]

Conselhos relativos à aplicação dos fármacos

A aplicação correta dos fármacos tópicos é crucial para a cura.[6] A maioria dos relapsos são, presumivelmente, devidos a falta de adesão,[10] ou falha em aplicar o fármaco em todas as zonas afectadas.[6,10] A reinfestação[10] ou má adesão[9] aumentam o risco de desenvolvimento de resistência aos fármacos,[9,10] em consequência de aplicações repetidas.[7,10] Devem ser fornecidas instruções aos doentes acerca da quantidade de medicamento a aplicar, bem com a sua correta aplicação.[5,12]

O doente deve tomar um banho ou duche tépido, secar-se e em seguida aplicar o produto;[6] contudo, a absorção é superior nos bebés e crianças pequenas e nestas o fármaco não deve ser aplicado em pele quente ou húmida, após um banho.[8]

Os fármacos tópicos devem ser aplicados na totalidade da superfície corporal,[5-8,12] incluindo o couro cabeludo, flexuras, virilhas, umbigo,[5,12] genitais e zonas de pele por debaixo das unhas.[5,10,12] A aplicação na cabeça é particularmente importante em crianças e idosos, que têm frequentemente lesões no escalpe.[7,8,11] O tratamento do rosto é controverso nos adultos, mas deve ser efetuado em bebés, porque a transmissão pode ocorrer através da amamentação.[5,12] Deve haver cuidado para evitar o contacto com as mucosas[6] - olhos,[7,8] boca e áreas de pele não intacta.[8]

Se as mãos forem lavadas durante o tratamento, o medicamento terá de ser reaplicado.[5,12] Devem ser colocadas luvas ou meias nas mãos dos bebés para evitar que esfreguem o creme nos olhos.[1] Se a aplicação for feita por um indivíduo são, este deve usar luvas descartáveis durante o procedimento.[5,12]

Os fármacos devem ser mantidos durante o tempo especificado e depois completamente enxaguados.[8]

Controlo da transmissão

Apesar de ser rara a transmissão de escabiose a partir de objetos ou utensílios, o uso de roupas ou lençóis contaminados pode resultar em contágio ou reinfestação.[1,2,6] Toda a roupa de cama – lençóis, fronhas e cobertores, a roupa de vestir[1-3,5-7,10,11] e outros objetos, como peluches,[1] devem ser lavados e secos utilizando temperaturas elevadas,[1-3,5,7,12] de cerca de 60° C;[3,4,6,10,11] caso isto não seja possível, como no caso dos sapatos,[7] devem ser colocados dentro de sacos de plástico selados e guardados longe de qualquer contacto durante pelo menos 3 dias[1,3,5-7,12] para que decorra o tempo de sobrevivência dos ácaros fora da pele humana.[1,2,5,12] Poderão ser aplicados inseticidas em materiais que não possam ser lavados,[5,6] apesar de alguns autores não o recomendarem.[1,3]

Após contactar com um doente é recomendado lavar as mãos com água morna e sabão, para prevenir a transmissão.[4,11] As soluções anti-sépticas,[4] nomeadamente alcoólicas,[11] são ineficazes.

Após completarem o tratamento, os doentes devem utilizar vestuário e roupa de cama lavados,[5,12] podendo regressar ao trabalho ou à escola no dia após o tratamento.[1,2] Os doentes devem ser informados de que os sintomas podem persistir por várias semanas.[2-5,7,12] Os contactos assintomáticos devem ser alertados para a possibilidade de um intervalo prolongado entre a infestação e o aparecimento de sintomas.[2,7]

Os doentes com sarna crostosa devem ser isolados imediatamente[1,3-5,7] e devem ser instituídas precauções pelo pessoal de enfermagem,[1,3] como o uso de luvas.[3] Epidemias graves em instituições têm resultado do não reconhecimento da doença e da falha em tomar as precauções adequadas.[1]

A transmissão a partir de objetos contaminados é bastante mais provável em casos de sarna crostosa,[1,6,8,10] pelo que se devem cumprir os procedimentos acima descritos. Os quartos previamente utilizados por estes doentes devem ser aspirados e limpos escrupulosamente.[1]

Todos os colaboradores e contactos potencialmente expostos devem ser tratados,[7] nomeadamente os profissionais que cuidam dos doentes e os de serviços de apoio, como pessoal de limpeza ou lavandaria.[6] A escabiose contraída por profissionais de saúde a partir de doentes com sarna crostosa não é diferente da escabiose normal.[1]

Os sintomas devem melhorar progressivamente; caso se agravem, apesar de terapêutica adequada, o doente deve ser questionado acerca de uma eventual reexposição.[1] O aparecimento de novas lesões deve ser considerado sinal de infestação persistente e implicar repetição do tratamento.[2]

Referências bibliográficas

1. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies. UpToDate®. Wolters Kluwer Health. Last updated: Mar 17, 2016.
2. Banerji A; Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee. Scabies. Paediatr Child Health. 2015; [acedido a 30-03-2016] 20(7): 395-402. Disponível em: http://www.cps.ca/en/documents/position/scabies
3. Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies: treatment update. Am Fam Physician. 2012; [acedido a 23-05-2016] 86(6): 535-41. Disponível em: http://www.aafp.org/afp/2012/0915/p535.pdf
4. Traitement de la gale. Folia Pharmacotherapeutica. 2015; [acedido a 02-06-2016] 42(4): 28-30. Disponível em: http://beta.cbip.be/fr/articles/2276?folia=2264
5. Monsel G, Chosidow O. Management of scabies. Skin Therapy Lett. 2012; [acedido a 30-03-2016] 17(3): 1-4. Disponível em: http://www.skintherapyletter.com/2012/17.3/1.html
6. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006; [acedido a 02-06-2016] 354(16): 1718-27. Disponível em: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp052784
7. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. N Engl J Med. 2010; 362(8): 717-25.
8. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world--its prevalence, complications, and management. Clin Microbiol Infect. 2012; [acedido a 30-03-2016] 18(4): 313-23. Disponível em: http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)61441-5/pdf
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; [acedido a 30-03-2016] 15: 250. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4487193/pdf/12879_2015_Article_983.pdf
10. Scott GR, Chosidow O; IUSTI/WHO. European guideline for the management of scabies, 2010. Int J STD AIDS. 2011; 22(6): 301-3.
11. Agir contre la gale. Infos-Patients Prescrire. [acedido a 23-06-2016] Prescrire – novembre 2015. Disponível em: www.prescrire.org
12. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006; 367(9524): 1767-74.