



## Documento Científico

Departamento Científico de Dermatologia  
(2016-2018)

# Infecções cutâneas parasitárias: aspectos clínicos e atualização terapêutica

### Departamento Científico de Dermatologia

**Presidente:** Vânia Oliveira de Carvalho

**Secretária:** Ana Maria Mosca de Cerqueira

**Conselho Científico:** Ana Elisa Kiszewski Bau, Antônio Carlos Madeira de Arruda, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

**Colaboradora:** Gina Bressan Schiavon

## ESCABIOSE

A escabiose, popularmente conhecida como sarna, é uma doença parasitária da pele. A sarna humana é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*<sup>1,2</sup>. É um parasita obrigatório humano que se localiza na epiderme. Os ácaros cavam túneis na pele e depositam suas fezes nestes caminhos. As fêmeas depositam ovos nos túneis, que propagam a infestação, colocando de 1 a 4 ovos por dia, que eclodem em 3 a 4 dias. A larva se torna um ácaro maduro em 10 a 14 dias, e seu ciclo de vida dura de 30 a 60 dias<sup>1</sup>.

A doença ocorre em qualquer área geográfica, idade, raça ou grupo social<sup>3</sup>. É um problema de saúde mundial e afeta mais de 300 milhões de indivíduos todos os anos, com prevalência alta em menores que 2 anos de idade<sup>3,4</sup>. As lesões de pele variam de acordo com a faixa etária, o que geralmente é um desafio para o diagnóstico. É de ex-

trema importância que os médicos reconheçam as diferentes variedades clínicas da escabiose para um rápido diagnóstico e tratamento, reduzindo a contaminação dos contatos próximos, e minimizando o risco de complicações<sup>4</sup>.

A principal forma de transmissão da escabiose é o contato direto por meio da pele entre as pessoas infestadas. Neste caso, 15 a 20 minutos já são suficientes para a transmissão da doença de uma pessoa para a outra. Menos frequentemente, ocorre transmissão pelo contato indireto por meio de fômites, como roupas, toalhas e lençóis, porque os ácaros podem sobreviver fora da pele humana por alguns dias. Instituições como creches, orfanatos e asilos têm maior risco de contaminação, pelo contato íntimo e prolongado das pessoas<sup>1,3</sup>.

A infestação humana por variantes de *S. scabiei* que infestam cães, gatos, equinos, ovinos, suínos, caprinos, bovinos e roedores é autolimitada e não transmissível de pessoa para pessoa<sup>5</sup>.

## Apresentação Clínica

O período de incubação é em torno de 3 semanas, e na reinfestação os sintomas têm início mais rapidamente. O primeiro sintoma é o prurido, evidente antes das lesões de pele se tornarem aparentes e pior durante a noite. Os bebês apresentam-se irritados e com diminuição do apetite. O prurido causado pela escabiose interfere na qualidade de vida, causando perda de sono e subsequente redução na produtividade<sup>1,2</sup>.

As lesões de pele incluem: pápulas, nódulos, túneis, pústulas e vesículas. Nos adultos e adolescentes localizam-se mais frequentemente nos espaços interdigitais, punhos, tornozelos, axilas, virilhas, palmas e plantas<sup>1</sup>.

A apresentação clínica nos bebês é mais exuberante e difere daquela dos escolares e adultos. Recém-nascidos e lactentes iniciam com reação inflamatória dos túneis caracterizada por eritema, edema, crostas, pápulas, vesículas (Fig. 1) e nódulos, as lesões podem ser ovais, serpiginosas ou assumir a forma da letra J. O couro cabeludo também é acometido<sup>4</sup> e caracteristicamente as palmas (Fig. 2), plantas e axilas.



Figura 1 - inúmeras pápulas eritematosas no tronco de um lactente.



Figura 2 - pápulas e pustulas com halo eritematoso no punho e palma da mão.

Em escolares, adolescentes e adultos acomete punhos, espaços interdigitais (Fig. 3) e virilha, com pápulas, vesículas e crostas<sup>1,4</sup>.



Figura 3 - descamação e pápulas eritematosas nas pregas interdigitais e dorso dos pés.

Os nódulos escabióticos (Fig. 4) são lesões de coloração vermelha acastanhada que representam uma reação de hipersensibilidade do hospedeiro contra o agente. Ocorrem geralmente no tronco, região axilar e genital. São mais observados nos lactentes e podem durar meses<sup>1</sup>.



Figura 4- nódulos eritematosos na prega axilar de um lactente.

A escabiose crostosa ou Norueguesa é uma apresentação rara e muito contagiosa da doença, caracterizada pela presença de numerosos

parasitas na camada córnea da pele. Na maioria dos casos, está associada a alguma doença subjacente e afeta principalmente indivíduos imunocomprometidos em decorrência de condições como linfoma, síndrome da imunodeficiência adquirida, tratamento com imunossuppressores e corticosteroides, além de pessoas com desnutrição, institucionalizadas e doentes mentais. Apresentam-se com lesões ceratóticas, descamativas e espessas, acometendo todo o corpo, principalmente face, pescoço, couro cabeludo e região subungueal. Está associada a maior morbidade e mortalidade pela ocorrência de infecção secundária e possibilidade de evolução para sepse. As lesões da escabiose crostosa podem simular dermatite, psoríase, verrugas virais ou reações a drogas. O prurido é mínimo. Pacientes com sarna crostosa internados em ambiente hospitalar aumentam a ocorrência de epidemias nesses ambientes, quando ocorre atraso no diagnóstico<sup>1,2</sup>.

As complicações da escabiose são geralmente leves e incluem: infecção bacteriana secundária, ressecamento da pele por alterações da barreira cutânea, dor e dermatite de contato pelo uso de escabicidas de forma incorreta. As infecções secundárias são causadas por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A1.

### Diagnóstico

Não há um protocolo internacional padrão para o diagnóstico da escabiose. O achado clínico de túneis é patognomônico, mas pode não estar presente em todos os pacientes<sup>2</sup>. O diagnóstico é realizado pela suspeita clínica, das características do prurido, generalizado e mais intenso à noite; achados clínicos e anamnese sugestiva, como a doença em contatos íntimos<sup>1</sup>. O padrão ouro para diagnóstico é a visualização ao microscópio ótico do ácaro vivo, ovos ou fezes dos ácaros no esfregaço da pele<sup>2</sup>.

O exame dermatoscópico pode identificar os túneis e os ácaros e orientar o local para coleta de material para exame microscópico<sup>5</sup>. O exame

microscópico negativo não exclui o diagnóstico<sup>1</sup>. A avaliação das escamas pode identificar o agente e seus ovos e fezes.

O diagnóstico diferencial inclui: dermatite atópica, dermatite de contato, dermatite seborreica, histiocitose de células de *Langerhans*, impetigo, exantema viral, urticária papular, picadas de inseto e acropustulose da infância<sup>1</sup>.

### Tratamento

Medidas gerais com fômites são recomendadas para evitar transmissão ou recontaminação da escabiose e garantir o sucesso do tratamento medicamentoso:

- roupas, toalhas, roupas de cama e outros itens de uso pessoal devem ser lavados na máquina de lavar roupas em água quente, ou passados com ferro quente, ou colocados na secadora de roupas, ou lavados a seco durante os 3 primeiros dias do tratamento<sup>6</sup>, as roupas que não puderem ser lavadas devem ser colocadas em um saco plástico e guardadas por 7 dias<sup>5</sup>.

### Os tratamentos recomendados são<sup>4</sup>:

- Permetrina loção a 5%: é indicada como primeira escolha<sup>6</sup> e deve ser aplicada em todo o corpo e couro cabeludo (exceto na face, nos adultos e nas crianças incluir face e couro cabeludo) à noite, deixar o produto durante a noite (8 a 14 horas) e lavar pela manhã. Repetir a aplicação após 7 e 14 dias. Não é aprovada para menores de 2 meses de vida<sup>6</sup>.

- Ivermectina oral: 0,2mg/kg em dose única, repetindo a dose em 7 dias. Não recomendado em menores de 15 quilos. Revisão Cochrane demonstrou que este medicamento é menos efetivo que a permetrina para escabiose<sup>6</sup>.

- Enxofre 5 a 10% em creme ou loção: é o medicamento mais antigo para tratamento da escabiose e está indicado para os menores de 2 meses. Deve ser aplicado 3 dias consecutivos à noite

e lavado pela manhã, repetir em 7 dias.

O prurido após o tratamento pode persistir durante 2 a 4 semanas, e deve ser tratado com aplicação diária de emolientes na pele. Anti-histamínicos orais sedantes também podem ser utilizados quando há prejuízo do sono.

Todos os contatos íntimos do paciente devem ser tratados simultaneamente, independentemente de ter lesão de pele ou não<sup>5</sup>.

A infestação é considerada curada se após uma semana do fim do tratamento não houver mais lesões da escabiose e houver minimização do prurido noturno.

#### Para a escabiose crostosa<sup>5</sup>:

- Permetrina loção a 5% durante três noites consecutivas, dar intervalo de 7 dias e repetir até cura. A roupa de cama e do corpo deve ser trocada diariamente durante os 3 dias de tratamento.

- Ivermectina 0,2mg/kg via oral nos dias 1, 2 e 8 do tratamento. Dependendo da gravidade e acompanhamento da doença, a ivermectina pode ser repetida nos dias 9 e 15 ou 9, 15, 22 e 29 do tratamento.

#### Situações especiais<sup>5</sup>:

A permetrina é segura para uso durante a gravidez e lactação, e pode ser usada em crianças a partir dos 2 meses de vida.

O enxofre é seguro para uso na gestação e em menores de 2 meses.

A ivermectina não deve ser usada durante a gravidez ou em crianças com peso inferior a 15 quilos.

#### Acompanhamento

A reavaliação do paciente em 2 semanas é recomendada para estabelecer se houve a cura<sup>5</sup>.

#### Pediculose

A pediculose do couro cabeludo é causada pelo *Pediculus humanus*, variedade *capitis*, mais frequente em crianças de 3 a 11 anos, principalmente no período escolar, mais comum nas meninas pelo hábito destas terem cabelos longos e contato mais próximo umas com as outras<sup>6</sup>. A transmissão ocorre pelo contato direto com pessoas, e são diagnosticados milhões de casos anualmente<sup>1,7</sup>. Apesar do mito de estar associado a cabelos malcuidados, afeta todas as classes econômicas e preferencialmente hospedeiros saudáveis com cabelos limpos<sup>8</sup>. Acredita-se que as populações de menor nível econômico apresentam maiores prevalências devido à dificuldade em adquirir e realizar adequadamente o tratamento<sup>9</sup>.

Os piolhos são insetos sem asas e não são capazes de saltar, têm 2 a 3 mm de comprimento (comparável a uma semente de gergelim). A fêmea vive até 3 a 4 semanas e, uma vez adulta, pode depositar até 10 ovos ao dia. Estes minúsculos ovos são firmemente fixados à base da haste do cabelo a uma distância de aproximadamente 4 mm do couro cabeludo. Ovos viáveis são camuflados com pigmento, tornando-os semelhantes à cor do cabelo da pessoa infestada, muitas vezes são vistos mais facilmente na linha posterior do cabelo.

Os invólucros de ovos vazios (lêndeadas) são mais fáceis de serem vistos porque aparecem brancos contra cabelos mais escuros. Os ovos são incubados pelo calor do corpo do hospedeiro e normalmente eclodem em 8 a 9 dias, mas a eclosão pode variar de 7 a 12 dias, dependendo se o clima do ambiente for quente ou frio. Uma vez eclodida, uma ninfa deixa o invólucro e passa por 3 estágios durante os próximos 9 a 12 dias antes de chegar ao estágio adulto. A fêmea do piolho pode acasalar e começar a por ovos viáveis em aproximadamente 36 horas depois de se tornar adulta. Se não for tratado, o ciclo se repete aproximadamente a cada 3 semanas.

No momento da alimentação o piolho injeta pequenas quantidades de saliva na pele do couro



cabeludo do hospedeiro, este material apresenta propriedades vasodilatadoras e anticoagulantes, permitindo que o piolho sugue pequenas quantidades de sangue a cada poucas horas. O prurido resulta da sensibilização aos componentes da saliva. Se for uma primo infestação, o prurido pode demorar 4 a 6 semanas para iniciar, pois é o tempo para ocorrer a sensibilização<sup>9</sup>.

A transmissão ocorre por contato direto com cabelos infestados e em menor frequência por contato indireto com escovas, chapéus e outros itens de uso pessoal contaminados<sup>1,7,10</sup>. Raramente o piolho consegue sobreviver por mais do que dois dias longe do couro cabeludo, e seus ovos não podem eclodir em temperaturas mais baixas do que aquelas semelhantes à do couro cabeludo, por este motivo não há consenso sobre o papel dos fômites na transmissão do agente<sup>9,10</sup>.

### Apresentação clínica

No couro cabeludo o parasita prefere as regiões occipital e retro auricular, onde o prurido é mais intenso, o que predispõe às infecções bacterianas secundárias como o impetigo, furunculose e ao enfiamento dos linfonodos correspondentes.

A infestação mais frequentemente é assintomática, mas as crianças podem apresentar prurido, que é determinado por reação de hipersensibilidade à picada do inseto que injeta saliva durante esse processo. Esta reação se desenvolve em 2 a 6 semanas na primeira infestação e reaparece 1 a 2 dias nas re-infestações<sup>9</sup>.

Em pacientes tratados previamente, as lêndeas visualizadas presas com mais de 1 cm de distância do couro cabeludo tipicamente não são mais viáveis. Porém em locais de clima quente, lêndeas vivas podem ser encontradas há vários centímetros de distância da raiz dos cabelos<sup>10</sup>.

### Diagnóstico

Inspeção cuidadosa dos cabelos com visualização do piolho ou lêndeas no couro cabeludo ou

cabelos (Fig. 5). Deve-se fazer uma avaliação cuidadosa para a identificação de possível infecção secundária e exames laboratoriais normalmente são desnecessários.



Figura 5 - presença de inúmeras lêndeas aderidas lateralmente aos fios dos cabelos

Entre os diagnósticos diferenciais estão: molde pilar, pitíriase capitis, piodermite do couro cabeludo, fungos (*pedra*), dermatite seborreica, psoríase e produtos de cabelos (*mouse, gel, spray*)<sup>1</sup>.

### Tratamento

O tratamento deve levar em consideração que nenhum esquema se mostrou 100% eficaz nos estudos clínicos e que a resistência às medicações existentes está aumentando. É importante destacar que não existe um produto preventivo, não existe repelente e as fórmulas caseiras podem até funcionar, porém existe o risco de intoxicações e por este motivo não devem ser utilizadas<sup>8</sup>.

Mais importante que qualquer medicação é a remoção mecânica das lêndeas com pente bem fino e a remoção dos piolhos realizada com metuculoso cuidado. Os medicamentos não eliminam os ovos. Se as lêndeas não forem retiradas, darão origem a novos piolhos.

Uma vez encontrados piolhos e/ou lêndeas na cabeça da criança, todas as pessoas que tenham contato direto com esse transmissor, devem ser avaliadas. Isto evitará que uma pessoa da casa ou da escola seja foco transmissor do parasita e provoque novas infestações.

Lavar com água quente ou a seco todas as roupas, roupas de cama, chapéus, toalhas, lenços, tiaras, pentes e escovas de uso recente. Os objetos que não puderem ser lavados, não devem ser utilizados por 2 semanas<sup>7</sup>.

### Tratamento Medicamentoso (Tabela 1):

- Permetrina 1%: aprovado para uso em crianças maiores de 2 meses.

Deve-se aplicar o produto nos cabelos limpos e úmidos e deixar o produto agir por 10 minutos, realizar o uso do pente fino e enxaguar o cabelo com água morna em uma única aplicação. Na sequência secar os cabelos com toalha. O fabricante recomenda lavar o cabelo sem condicionador, pois esse pode diminuir o efeito. Se necessário, fazer nova aplicação após 14 dias.

- Monossulfiram: a solução deve ser previamente diluída. Para uma parte da solução, juntar 2 (adultos) ou 3 (crianças) vezes a mesma quantidade de água. Aplicar nos cabelos secos e deixar agir por 8 horas e após lavar para remover o líquido aplicado. Após sete dias, repetir o tratamento.

- Deltametrina: aplicar nos cabelos molhados com fricções sobre o couro cabeludo, devendo agir por 5 minutos antes do enxague. A recomendação é de uso do produto em xampu, 4 dias seguidos e após um intervalo de 7 dias repetir o processo para uma melhor eficácia<sup>9</sup>. O produto não deve ser utilizado perto de olhos, mucosas e feridas, que podem aumentar a sua absorção e mesmo causar alterações gastrointestinais e neurológicas agudas.

- Benzoato de benzoíla e Lindano: estão em desuso pela elevada frequência de resistência e ocorrências de efeitos adversos.

- Ivermectina: não está aprovado pelo FDA como pediculicida, mas demonstrou efetividade em estudos clínicos e representa opção de medicação oral. A dose habitual é de 0,2mg/kg, podendo ser usado 0,4mg/kg em infestações graves<sup>11</sup>. A indicação é para crianças com mais de 15 kg, contudo há literatura limitada que demonstra a

sua eficácia e aparente segurança no uso abaixo desta idade e sem descrição de eventos adversos sérios<sup>12</sup>. Os possíveis efeitos adversos relatados são reações cutâneas, prurido, dor abdominal, mialgia, hipotensão e tonturas. Foi descrito que a repetição da droga em 7 a 14 dias pode proporcionar um período maior sem reinfestação<sup>11</sup>.

- Produtos oclusivos que agem por sufocar o agente têm sido descritos no tratamento da pediculose, como: geléia de petrolato, óleo de oliva, manteiga e maionese, no entanto não há evidências suficientes da efetividade para indicar tais medidas<sup>6,8</sup>.

- Dimeticone 4% xampu: pode ser útil na profilaxia de novas infestações, porém faltam estudos controlados.

- Políticas de afastar as crianças da escola não são efetivas e devem ser desencorajadas, é necessário a vigilância constante por parte dos pais e melhorar as informações a fim de realizar o tratamento efetivo de todos os infectados<sup>6,8</sup>.

### Alguns mitos devem ser esclarecidos<sup>6,8</sup>:

- Piolhos não voam. Acredita-se que a principal forma de transmissão dos piolhos de uma pessoa para outra, seja o contato cabeça/cabeça e outras formas indiretas como compartilhar pentes, escovas, bonés e travesseiros.

- Lavar a cabeça diariamente com xampus comuns não elimina o piolho.

- Eles são bastante resistentes à água quente do banho. Cabelo limpo e cheiroso pode sim, ter muitos piolhos.

- Cabelos curtos e lisos facilitam a visualização e remoção, mas não reduzem o risco de infestação.

- O uso de agentes oclusivos como maionese, cremes, vaselina, margarina, entre outros, não têm comprovação científica de sua efetividade e podem ocasionar irritação local, dermatite de contato entre outras doenças.

**Tabela 1 - Alguns exemplos de medicamentos indicados para tratamento de pediculose e recomendação de uso**

Princípio ativo	Nome comercial	Idade recomendada	Intervalo de retratamento
Permetrina loção 1%	Kwell® Nedax® Lendrex® Pediletan® Permetrel® Piodrex® Pioletal® Piolent®	≥ 2 meses	9 a 10 dias
Deltametrina loção	Deltacid® Pediderm® Deltalab® Deltametril® Escabin®		7 dias
Ivermectina comprimido	Ivermectina® Revectina® Leverctin® Iverneo®	≥5anos	7 dias

**Quando encaminhar:**

- Quando o diagnóstico está difícil e confuso;
- Os casos que apesar do diagnóstico correto, não resolveram após tratamento adequado.

**Tungíase e Larva migrans cutânea**

Tungíase e larva migrans são doenças parasitárias em que o agente infeccioso invade temporariamente a pele humana<sup>13,14</sup>. O parasita morre nos tecidos humanos e eventualmente é eliminado pelos mecanismos reparadores teciduais<sup>14,15</sup>.

**Larva migrans cutânea**

Também denominada de dermatite serpigí-nosa e helmintíase migrante ou ainda é popularmente conhecida como “bicho geográfico” ou “bicho de praia”. É uma doença helmíntica negligenciada e paradoxalmente subnotificada nos países de baixa e média renda. Acredita-se que seja uma das dermatoses mais comuns em países tropicais e subtropicais<sup>14,16</sup>.

Esta dermatose pruriginosa é causada pela inoculação acidental de larvas de ancilóstomos

de animais na pele. O *Ancylostoma braziliensis*, e mais raramente o *Ancylostoma caninum* parasitam o intestino delgado de cães e gatos que eliminam os ovos nas fezes. Esses, em terreno propício, após 24 horas se transformam em larvas rabiditiformes e, em uma semana em larvas filarioides que são infestantes<sup>15,17,18</sup>. Larvas na 3ª fase evolutiva (fase infecciosa) podem sobreviver no ambiente por até 4 semanas, se encontrarem condições favoráveis. O período de incubação varia de dias a semanas.

A contaminação do homem ocorre pelo contato da pele com o solo contaminado por larvas, habitualmente, ao andar descalço sobre terreno arenoso. Praias, principalmente aquelas onde há fezes de cães e gatos na areia, são locais propícios para conter larvas de helmintos. A larva progride sob a pele por trajetos sinuosos, pois não consegue alcançar as camadas mais profundas e desta forma não atingem a corrente sanguínea, mas pode ocorrer aumento de IgE sérica e eosinofilia.

**Apresentação clínica**

Apresenta-se com diferentes formas clínicas: serpigí-nosa (Fig. 6), bolhosa, papulosa e edema-

tosa<sup>14,16</sup>. Atinge principalmente áreas expostas, como mãos, dorso dos pés e nádegas, nesta última, caracteriza-se por lesão papulosa e não tão sinuosa o que dificulta o diagnóstico<sup>15</sup>.



**Figura 6**- Vesículas, pápulas eritematosas e placas com trajeto serpiginoso, exulceração e crostas na região da panturrilha.

Pode apresentar uma lesão única ou múltipla, com o concomitante aparecimento de vesículas ou bolhas no trajeto serpiginoso (Fig. 7), que progride de forma linear, tortuosa e eritematosa, numa progressão média de 1 a 2 cm por dia. Na maioria dos casos a evolução é aguda, autolimitada a um ou dois meses podendo persistir por até seis meses<sup>16,19</sup>. O prurido frequentemente é intenso, o que determina escoriações e infecção secundária. Acomete todas as idades, mas é mais frequente em crianças após os cinco anos de vida<sup>13,14,16</sup>.



**Figura 7** - pápulas vesículas e placas eritematosas recobertas por crostas hemáticas e lesões eritematosas com trajeto serpiginoso.

## Tratamento

Com o tratamento específico há cura e remissão total sem lesão residual<sup>13,20</sup>. Dependendo do número de lesões e de sua localização, o tratamento pode ser tópico, tiabendazol a 5% pomada, ou sistêmico com

tiabendazol 30 a 50 mg/Kg em dose única. Albendazol dose única diária de 400 mg/dia por 3 a 7 dias, ivermectina dose única diária por 1 a 2 dias<sup>13,14,20</sup>.

Os esforços preventivos como tratar as parasitoses de animais de estimação, proteção contra dejetos de cães e gatos, evitar que esses animais circulem nas praias, permanecer calçado ao andar em áreas públicas, são medidas cruciais para evitar a ocorrência da dermatose<sup>14,19,20</sup>.

## Tungíase

Dermatose ectoparasitária, causada pela penetração da fêmea da *Tunga penetrans* na epiderme do hospedeiro<sup>14</sup>. A pulga habita locais arenosos e secos, como chiqueiros e pocilgas, mais frequente nas zonas rurais. O homem e os suínos são seus principais hospedeiros<sup>13,21</sup>.

A dermatose é autolimitada e dura 4 a 6 semanas. Nas áreas endêmicas, porém, a reinfestação constante é a regra, e os indivíduos afetados podem apresentar dezenas de parasitas em diferentes estágios de desenvolvimento<sup>14</sup>.

A *Tunga* é a menor pulga conhecida, alcançando 1 milímetro de comprimento na fase adulta. Os ovos, larvas e pupas das pulgas sobrevivem meses em ambientes propícios<sup>21,22</sup>. São hematófagos, porém o macho, após alimentar-se abandona o hospedeiro, já a fêmea apresenta a fronte terminada em ponta aguda, o que lhe proporciona a capacidade de penetrar na pele, fato que ocorre após a fecundação da mesma. Sua porção anterior (cabeça e tórax) adentra a pele enquanto sua porção posterior (estigma respiratório e segmento anal) permanece exteriorizada, para eliminação de excrementos e ovos. Ao final de uma semana a fêmea atinge o tamanho de uma ervilha, devido ao acúmulo de ovos no abdome, esses são expelidos completando o seu ciclo vital<sup>21,23</sup>.

## Apresentação clínica

A tungíase geralmente é assintomática, mas pode ocorrer prurido na fase inicial, com posterior



aparecimento de sensação dolorosa. Caracteriza-se por pápulas esféricas branco amareladas com ponto negro central que representa o segmento posterior contendo os ovos (Fig. 8).



**Figura 8** - pápula amarelada com ponto central hiper Cromico na região palmar.

Lesões coalescentes dão o aspecto de favo de mel<sup>14,24</sup>. Acomete principalmente as regiões plantares, periungueais, interdigitais, ocasionalmente genitália, períneo e membros. Eventualmente, pode ocorrer infecção secundária, e mais raramente perda das unhas, amputação dos dedos e complicações como abscessos, linfangite, gangrena, tétano, sepse e morte<sup>23,25</sup>.

O diagnóstico é realizado pela epidemiologia associada aos achados clínicos, aliado ao exame direto com visualização do parasita, após abertura da lesão com agulha estéril<sup>21</sup>. Deve ser diferenciada de verruga plantar, tilose e corpo estranho<sup>13,14</sup>.

### Tratamento

O tratamento consiste na extração da pulga com agulha estéril. Pode ainda ser utilizada electrocirurgia e nitrogênio líquido.

Nas infestações extensas está indicada a ivermectina em dose única 0,2mg/kg ou tiabendazol 25 mg/Kg de peso 2 vezes ao dia por 3 a 5 dias. Em caso de infecções secundárias usar antibiótico tópico ou sistêmico dependendo da extensão da dermatose<sup>13,14,25</sup>.

A profilaxia é realizada pelo uso de calçados em áreas suspeitas e eliminação das fontes de infestação<sup>14,23</sup>. A tungíase é amplamente negligenciada pelos profissionais de saúde, apesar de casos graves terem sido relatados<sup>21</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 5th Edition, A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence: Elsevier Health Sciences; 2015.
2. Thompson MJ, Engelman D, Gholam K, Fuller LC, Steer AC. Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol.* 2017;42(5):481-7.
3. Lima F, Cerqueira AMM, Guimaraes MBS, Padilha CBS, Craide FH, Bombardelli M. Crusted scabies due to indiscriminate use of glucocorticoid therapy in infant. *Na Bras Dermatol.* 2017;92(3):383-5.
4. Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Ped Dermatol.* 2017;34(6):690-4.
5. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Ven.* 2017;31(8):1248-53.
6. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. Red Book 2018: Report of the Committee on Infectious Diseases: American Academy of Pediatrics; 2018.
7. Lye MS, Tohit NF, Rampal L. Prevalence and predictors of pediculosis capitis among primary school children in Hulu Langat, Selangor. *Med J Malaysia.* 2017;72(1):12-7.
8. CDC. Prevention & Control - disponível em <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/prevent.html> 2013 acessado em fevereiro de 2019.
9. Yetman RJ. The child with pediculosis capitis. *J Pediatr Health Care.* 2015;29(1):118-20.
10. Cummings C, Finlay JC, MacDonald NE. Head lice infestations: A clinical update. *Paed Child Health.* 2018;23(1):e18-e24.
11. Devore CD, Schutze GE, Council on School H, Committee on Infectious Diseases AAoP. Head lice. *Pediatrics.* 2015;135(5):e1355-65.
12. Wilkins AL, Steer AC, Cranswick N, Gwee A. Question 1: Is it safe to use ivermectin in children less than five years of age and weighing less than 15 kg? *Arch Dis Child.* 2018;103(5):514-9.
13. Lowy G, Alonso FJF, Cestari SCP, Cestari TF, Oliveira ZNP. Atlas de dermatologia pediátrica: topográfico e morfológico: MEDSI; 2000.
14. Rivitti EA. Dermatologia de Sampaio e Rivitti - 4.ed2018.
15. Meotti CD, Plates G, Nogueira LLC, Silva RAD, Paolini KS, Nunes EM, et al. Cutaneous larva migrans on the scalp: atypical presentation of a common disease. *Na Bras Dermatol.* 2014;89:332-3.
16. Ansari F, Gupta LK, Khare AK, Balai M, Mittal A, Mehta S. Cutaneous Larva Migrans in an Infant. *Ind Dermatol Online J.* 2018;9(5):359.
17. Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology: Mosby/Elsevier; 2008.*
18. Ramos-e-Silva M. *Fundamentos de dermatologia: Atheneu; 2008.*
19. Kannathasan S, Murugananthan A, Rajeshkannan N, de Silva NR. Cutaneous larva migrans among devotees of the Nallur temple in Jaffna, Sri Lanka. *PloS one.* 2012;7(1):e30516.
20. Tianyi FL, Agbor VN, Kadia BM, Dimala CA. An unusual case of extensive truncal cutaneous larva migrans in a Cameroonian baby: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):270.
21. Carvalho TF, Ariza L, Heukelbach J, Silva JJ, Mendes J, Silva AdAe, et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a situação da tungíase em uma área endêmica no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2010. *Epid Serv Saúde.* 2012;21:243-51.
22. Feldmeier H. Tungiasis and cutaneous larva migrans: unpleasant travel souvenirs. *Medizinische Monatsschrift fur Pharmazeuten.* 2009;32(12):440-4.

23. Bonfim WM, Cardoso MD, Cardoso VdA, Andreazze R. Tungíase em uma área de aglomerado subnormal de Natal-RN: prevalência e fatores associados. *Ep Serv Saúde*. 2010;19:379-88.
24. Ariza L, Seidenschwang M, Buckendahl J, Gomide M, Feldmeier H, Heukelbach J. Tungíase: doença negligenciada causando patologia grave em uma favela de Fortaleza, Ceará. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40:63-7.
25. Hoon KS, Fernandez MF, Bujan MM, Cervini AB, Laffargue J, Pierini AM. Tungiasis: a case report. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109(4):e82-4.



# Diretoria

## Triênio 2016/2018

### PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

### 1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

### 2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

### SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

### 1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoineff (RJ)

### 2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

### 3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

### DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

### 2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

### 3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

### DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

### Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

### COORDENADORES REGIONAIS:

Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste: Luciano Amedéu Péret Filho (MG)

Sul: Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste: Regina Maria Santos Marques (GO)

### ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

### GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rêgo Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

### Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

### DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

### COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaça Simões (RJ)

### COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

### COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

### DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

### REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

### REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

### REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

### DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

### DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

### COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano (BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

### COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

### DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

### DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

### DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

### COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

### COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

### COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

### COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Lima (PE)

### COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

### PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

### COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

### PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

### DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

### DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

### EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

### EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

### EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

### EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

### CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

### COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

### COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

### DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

### COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

### COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

### COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

### COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

### COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

### COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedéu Peret Filho (MG)

### COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

### COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

### COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

### COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

### DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

### COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

### CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grísard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

### ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Mário Santoro Júnior (SP)

Vice-presidente:

Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Secretário Geral:

Jefferson Pedro Piva (RS)