

INFECÇÕES CUTÂNEAS PARASITÁRIAS: ASPECTOS CLÍNICOS E ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE DERMATOLOGIA (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Jandrei Rogério Markus

SECRETÁRIA: Vânia Oliveira Carvalho

CONSELHO CIENTÍFICO: Ana Elisa Kiszewski Bau, Ana Maria Mosca de Cerqueira,
Gleide Maria Gatto Bragança, Marjorie Uberlurk, Selma Maria Furman Helene

COLABORADORAS: Bruna Luiza Guerrer, Gina Bressan Schiavon, Iwyna França Vial,
Izabella Rodrigues Reis, Mariana Aparecida Pasa Morgan,
Matilde Campos Carrera

ESCABIOSE

A escabiose, popularmente conhecida como “sarna”, é uma doença parasitária da pele. A sarna humana é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*^{1,2}. É um parasita obrigatório humano que se localiza na epiderme. Os ácaros cavam túneis na pele deixando 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 dias¹.

A doença ocorre em qualquer área geográfica, idade, raça ou grupo social³. É um problema de saúde mundial e afeta mais de 300 milhões de indivíduos todos os anos, com alta prevalência em menores de 2 anos de idade^{3,4}. As lesões de pele variam de acordo com a faixa

etária, o que é um desafio para o diagnóstico. É de extrema importância que os médicos reconheçam as diferentes variedades clínicas da escabiose para rápido diagnóstico e tratamento, reduzindo a contaminação dos contatos próximos, e minimizando o risco de complicações⁴.

A principal forma de transmissão da escabiose é o contato direto pela pele entre as pessoas infestadas. Neste caso, 15 a 20 minutos são suficientes para transmitir a 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. Em instituições como creches, orfanatos e asilos ocorre maior risco de contaminação, pelo contato íntimo e prolongado das pessoas^{1,3}.

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 pessoa⁵.

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 prurido, evidente antes das lesões de pele se tornarem aparentes e pior à noite. Os lactentes 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 escolaridade e na produtividade^{1,2}.

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 plantas¹.

A apresentação clínica nos lactentes 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 acometido⁴ e caracteristicamente as palmas (Fig. 2), plantas e axilas.

Figura 1. Pápulas escoriadas eritematosas e túneis no tronco de um lactente.



Figura 2. Pápulas, pústulas e túneis no punho e dorso da mão de um lactente.



Em escolares, adolescentes e adultos acomete punhos, espaços interdigitais (Fig. 3), axilas e virilha (Fig. 4), com pápulas, vesículas e crostas^{1,4}.

Os nódulos escabióticos (Fig. 5) 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 meses¹.

Figura 3.

A. pápulas escoriadas eritematosas interdigitais.



B. descamação e pápulas escoriadas interdigitais dos pés.



C. lesões papulares escoriadas na região interdigital com crostas melicéricas e secreção purulenta por infecção bacteriana secundária.



Figura 4.

A. pápulas eritematosas e túneis na axila.



B. pápulas escoriadas esparsas no tronco e em maior número na prega axilar e periumbilical de cor acinzentada pela cor mais escura da pele.

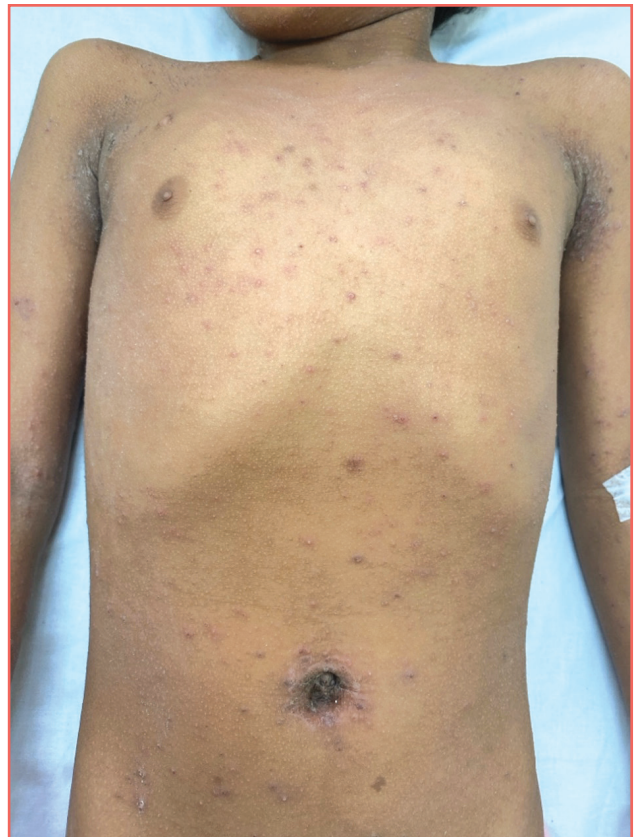


Figura 5. Nódulos eritematosos no saco escrotal e base de pênis.



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 síndrome da imunodeficiência adquirida, tratamento com imunossupressores e corticosteroides, além de pessoas com desnutrição, institucionalizadas e doentes mentais. Apresentam-se com lesões ceratósicas, 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 fármacos. O prurido é mínimo. Pacientes com sarna crostosa internados em ambiente hospitalar aumentam a ocorrência de epidemias nesses ambientes, quando ocorre atraso no diagnóstico^{1,2}.

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

DIAGNÓSTICO

Não existe um protocolo internacional padrão para o diagnóstico da escabiose. O achado clínico de túneis é patognomônico, mas pode não estar presente em todos os pacientes². O diagnóstico é realizado pela suspeita clínica, das características do prurido, que é generalizado e mais intenso a noite; achados clínicos e anamnese sugestiva, como a doença em contatos íntimos¹. O padrão ouro para o diagnóstico é a visualização ao microscópio óptico do ácaro vivo, ovos ou fezes dos ácaros no esfregaço da pele².

O exame dermatoscópico pode identificar os túneis e os ácaros e orientar o local para coleta de material para exame microscópico⁵. A luz de wood também pode auxiliar na identificação pela fluorescência do corpo do ácaro^{6,7}. O exame microscópico negativo não exclui o diagnóstico¹. 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 infância¹.

TRATAMENTO

Medidas gerais com fômites são recomendadas para evitar transmissão ou recontaminação da escabiose e garantir o sucesso do tratamento medicamentoso. Vestuários, toalhas, roupas de cama e outros itens de uso pessoal devem ser lavados na máquina de lavar roupa em água quente, passados com ferro quente, colocados na secadora de roupas, ou lavados a seco durante os três primeiros dias do tratamento⁸. As roupas que não puderem ser lavadas devem ser colocadas em um saco plástico e guardadas por sete dias⁵.

Bernigaud e colaboradores demonstraram em estudo experimental que os ácaros e ovos podem ser eliminados em diferentes temperaturas: 100% estavam mortos se expostos a 50°C ou mais por pelo menos 10 minutos, por

isso, lavar ou secar a quente é eficaz; e quando congelados abaixo de -10°C por pelo menos cinco horas. Para pessoas com acesso limitado a eletricidade e eletrodomésticos, uma opção válida é isolar os fômites em sacos plásticos. O tempo desse isolamento varia de acordo com a umidade e a temperatura: em climas secos, o tempo é menor, cerca de três dias; em climas úmidos, é maior, sendo sete dias em baixas temperaturas e oito dias em altas⁹.

Os tratamentos recomendados são⁴:

- Permetrina loção a 5%: é indicada como primeira escolha⁶, deve ser aplicada à noite, agindo por oito a 14 horas, e lavada pela manhã. Aplicar em todo o corpo e couro cabeludo, inclusive na face das crianças. Em adultos, não se deve aplicar na face. Repetir a aplicação após 7 e 14 dias. Não é aprovada para menores de 2 meses de vida⁸.
- Ivermectina oral: 0,2mg/kg em dose única, repetindo a dose em 7 dias. Não recomendado em menores de 15 quilos. Uma revisão Cochrane demonstrou que este medicamento é menos efetivo que a permetrina para escabiose⁸.
- Enxofre 5% a 10% em creme ou loção: é o medicamento mais antigo para tratamento da escabiose e está indicado nos menores de dois meses. Deve ser aplicado à noite por três dias consecutivos, lavar pela manhã e repetir em sete dias⁸.

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, por tempo curto, podem ser utilizados quando há prejuízo do sono, mesmo que a histamina não seja considerada o principal mediador envolvido na coceira da escabiose¹⁰.

Todos os contatos íntimos do paciente devem ser tratados **simultaneamente**, independentemente de ter lesão de pele ou não⁵.

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 crostosa⁵:

- Permetrina loção a 5% durante três noites consecutivas, dar intervalo de sete dias e repetir até cura. A roupa de cama e do corpo deve ser trocada diariamente durante os três primeiros 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 especiais⁵:

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

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

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

ACOMPANHAMENTO

A reavaliação do paciente em duas semanas é recomendada para estabelecer se houve a cura⁵.

PEDICULOSE

A pediculose do couro cabeludo é causada pelo *Pediculus humanus*, variedade *capitis*, mais frequente nas crianças dos três aos 11 anos, principalmente no período escolar, mais comum nas meninas pelo hábito de cabelos longos e contato mais próximo umas com as outras⁸. A transmissão ocorre pelo contato direto com pessoas, e são diagnosticados milhões de casos anualmente^{1,11}. Apesar do mito de estar associado a cabelos malcuidados, afeta todas as classes econômicas e preferencialmente hospedeiros saudáveis com cabelos limpos¹². Acredita-se que as populações de mais baixos níveis socioeconômicos apresentam maiores prevalências devido

à dificuldade em adquirir e realizar adequadamente o tratamento¹³.

Os piolhos são insetos que não têm asas e não possuem capacidade de saltar, têm 2 a 3 mm de comprimento (comparável a uma semente de gergelim). A fêmea vive até três a quatro 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 a cor do cabelo da pessoa infestada, muitas vezes são vistos mais facilmente na linha posterior do cabelo. Os invólucros de ovos vazios (lêndeas) são mais fáceis de ver porque aparecem brancos contrastando com cabelos escuros. Os ovos são incubados pelo calor do corpo do hospedeiro e normalmente eclodem em oito a nove dias, mas a eclosão pode variar de sete a doze dias, dependendo se o clima do ambiente for quente ou frio. Uma vez eclodida, uma ninfa deixa o invólucro e passa por um total de três estágios durante os próximos nove a 12 dias antes de chegar ao estágio adulto. A fêmea do piolho pode acasalar e começar a pôr ovos viáveis em aproximadamente 36 horas depois de se tornar adulta. Se não for tratado, o ciclo se repete aproximadamente a cada três 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 primeira infestação, o prurido demora quatro a seis semanas para iniciar, pois é o tempo para ocorrer a sensibilização¹³.

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 contaminado^{1,11,14}. 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 cabe-

ludo, por este motivo não há consenso sobre o papel dos fômites na transmissão do agente^{13,14}.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

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

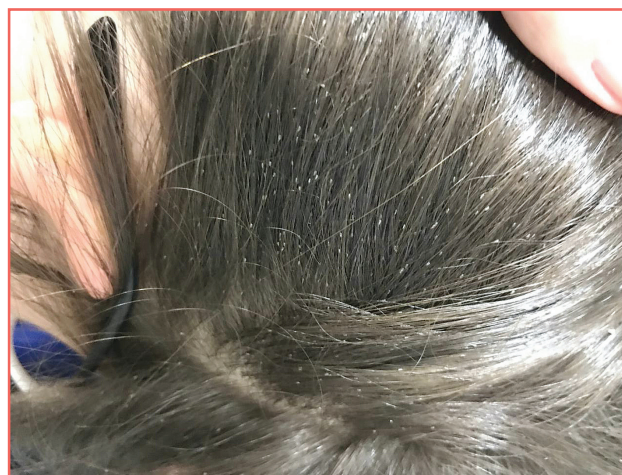
A infestação mais frequentemente é assintomática, mas as crianças podem apresentar prurido, que é determinado por uma reação de hipersensibilidade a picada do inseto que injeta saliva durante esse processo, esta reação se desenvolve em duas a seis semanas na primeira infestação e reaparece uma a dois dias nas reinfestações¹³.

Em pacientes tratados previamente, as lêndeas visualizadas presas com mais de 1 cm de distância do couro cabeludo não são mais viáveis. Porém em locais de clima quente, lêndeas vivas podem ser encontradas há vários centímetros de distância da raiz dos cabelos¹⁴.

DIAGNÓSTICO

Inspeção cuidadosa dos cabelos com visualização do piolho ou lêndeas no couro cabeludo ou cabelos (Fig. 6).

Figura 6. Lêndeas - concreções esbranquiçadas aderidas aos fios dos cabelos.



Deve-se fazer uma avaliação cuidadosa para identificação de possível infecção secundária e exames laboratoriais normalmente são desnecessários.

Entre os diagnósticos diferenciais estão: molde pilar, pitiríase capitis, piodermite do couro cabeludo, fungos (piedra), dermatite seborreica, psoríase e acúmulo de produtos de cabelos (mousse, gel, *spray*)¹.

TRATAMENTO

O tratamento deve levar em consideração que nenhum esquema se mostrou 100% eficaz nos estudos clínicos realizados 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 utilizadas¹².

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

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 duas semanas¹¹.

– Tratamento Medicamentoso (Tabela 1):

- Permetrina 1%: aprovado para uso em crianças maiores de dois 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 duas (adultos) ou três (crianças) vezes a mesma quantidade de água. Aplicar nos cabelos secos e deixar agir por oito 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 cinco minutos antes do enxague. A recomendação é o uso do produto em xampu, quatro dias seguidos e após um intervalo de sete dias repetir o processo para uma melhor eficácia¹³. 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 ocorrência de efeitos adversos.
- Ivermectina: não está aprovado pelo FDA dos Estados Unidos da América (*Food and Drug Administration*) como pediculicida, mas demonstrou efetividade em estudos clínicos e representa opção de medicação via oral. A dose habitual é de 0,2mg/kg, podendo ser usado 0,4mg/kg em infestações graves¹⁵. A indicação é para crianças com mais de 15 kg, contudo existe literatura limitada que demonstre sua eficácia e aparente segurança no uso abaixo deste peso e sem descrição de eventos adversos sérios¹⁶. Os possíveis efeitos adversos relatados são reações cutâneas, prurido, dor abdominal, mialgia, hipotensão e tonturas. Foi descrito que a repetição da droga em sete a 14 dias pode proporcionar um período maior sem reinfestação¹⁵.

- Produtos oclusivos que agem por sufocar o agente têm sido descritos no tratamento da pediculose, como: geleia de petrolato, óleo de oliva, manteiga e maionese, no entanto não há evidências suficientes da efetividade para indicar tais medidas^{8,12}.
- Dimeticona 4% loção: a dimeticona é uma substância não pesticida à base de silicone volátil (ciclometicona). Apresenta-se como líquido claro e sem cheiro, que ao ser aplicado nos cabelos seca pela evaporação da ciclometicona. Seu mecanismo de ação é físico: cobre a cutícula dos ácaros e entra em seus espiráculos interrompendo a sua respiração e a capacidade de gerenciar a água, culminando com estresse osmótico, ruptura do intestino e morte. Além disto, o produto não é absorvido sendo mais seguro e causando menor irritação comparado aos pesticidas. O produto deve ser aplicado no cabelo e couro cabeludo e deixado por oito horas antes de enxaguar; repetir o tratamento após sete a 10 dias. É indicado acima de seis meses de idade¹⁷. A eficácia da dimeticona é documentada em

vários estudos. No Brasil foram randomizadas 145 crianças com pediculose, com idade entre cinco e 15 anos, para receber permetrina 1% ou dimeticona 4%. Observou-se que duas aplicações de oito horas de dimeticona eram superiores a duas aplicações de 30 minutos de permetrina a 1% para a cura, o prurido diminuiu de forma semelhante nos dois grupos e a aceitação cosmética foi melhor no grupo que utilizou dimeticona¹⁸. Em 2021 Kassiri e colaboradores em estudo randomizado e controlado, compararam a eficácia de três pediculicidas para tratar a infestação por piolhos em 500 meninas. Os participantes receberam duas aplicações com uma semana de intervalo de permetrina, lindano, dimeticona ou placebo. A dimeticona foi o tratamento mais eficaz na avaliação realizada aos 15 dias¹⁹.

- Políticas de afastar as crianças da escola não são efetivas e devem ser desencorajadas, é necessária a vigilância constante por parte dos pais e melhorar as informações a fim de realizar o tratamento efetivo e preferencialmente simultâneo de todos os infectados^{8,12}.

Tabela 1. Alguns exemplos de medicamentos indicados para o tratamento de pediculose e recomendações 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
Dimeticona loção 4%	Deltametril D® Escabin Pro®	≥ 6 meses	7 dias
Ivermectina comprimido	Ivermectina® Revectina® Leverctin® Iverneo®	≥ 5 anos	7 dias

– Alguns mitos devem ser esclarecidos^{8,12}:

- 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 pode ocasionar irritação local e dermatite de contato.

QUANDO ENCAMINHAR:

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

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

A larva migrans é doença parasitária em que o agente infeccioso invade temporariamente a pele humana^{20,21}. O parasita morre nos tecidos humanos e eventualmente é eliminado pelos mecanismos de reparação tecidual^{21,22}.

Também denominada de dermatite serpiginosa e helmintíase migrante, 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 dermatopatias mais comuns em países tropicais e subtropicais^{21,23}.

Esta doença cutânea pruriginosa é causada pela inoculação acidental de larvas de ancilós-

tomos 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^{22,24,25}. Larvas na terceira fase evolutiva (fase infecciosa) podem sobreviver no ambiente por até quatro 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: serpiginosa (Fig. 7), bolhosa, papulosa e edematosa^{21,23}. 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 diagnóstico²².

Figura 7. Vesículas, pápulas eritematosas e erosões em trajeto serpiginoso.



Pode apresentar uma lesão única ou múltipla, com o concomitante aparecimento de vesículas ou bolhas no trajeto serpiginoso (Fig. 8), 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^{23,26}. 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^{20,21,23}.

Figura 8. Pápulas eritematosas e vesículas distribuídas em trajeto serpiginoso.



TRATAMENTO

Com o tratamento específico há cura e remissão total sem lesão residual^{20,27}. Dependendo do número de lesões e de sua localização, o tratamento pode ser tópico, tiabendazol a 5% pomada, ou sistêmico tendo como opções o tiabendazol 30 a 50 mg/kg em dose única, albendazol dose única diária de 400 mg/dia por 3 a 7 dias e ivermectina 0,2mg/kg, dose única diária por 1 a 2 dias^{20,21,27}.

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 e permanecer calçado ao andar em áreas públicas, são medidas cruciais para evitar a ocorrência da dermatopatia^{21,26,27}.

TUNGÍASE

Dermatose ectoparasitária, causada pela penetração da fêmea da *Tunga penetrans* na epiderme do hospedeiro²¹. 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^{20,28}.

A dermatose é autolimitada e dura quatro a seis semanas. Nas áreas endêmicas, porém, a reinfestação constante é a regra, e os indivíduos afetados podem apresentar dezenas de parasitas em diferentes estágios de desenvolvimento²¹.

A tunga é a menor das pulgas conhecida, alcançando 1 milímetro de comprimento na fase adulta. Os ovos, larvas e pupas das pulgas sobrevivem meses em ambientes propícios^{28,29}. 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, cerca de 1cm ao todo, devido ao acúmulo de ovos no abdome, esses são expelidos completando o seu ciclo vital^{28,30}.

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. 9).

Lesões coalescentes dão o aspecto de favo de mel^{21,31}. 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^{30,32}.

Figura 9.

A. pápula amarelada de 0,8 cm de diâmetro com ponto central enegrecido na região palmar.



B. pápula branco amarelada com ponto central mais escuro no calcâneo.



Lesões coalescentes dão o aspecto de favo de mel^{21,31}. 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^{30,32}.

O diagnóstico é realizado pela epidemiologia associada aos achados clínicos, aliado ao exame direto com visualização do parasita, após abertura da lesão com agulha estéril²⁸. Deve ser diferenciada de verruga plantar, tilose e corpo estranho^{20,21}.

TRATAMENTO

O tratamento consiste na extração da pulga com agulha estéril, pode ainda ser utilizada eletrocirurgia e nitrogênio líquido.

Nas infestações extensas está indicada a ivermectina em dose única 0,2mg/kg ou tiabendazol 25 mg/kg 2 vezes ao dia por três a cinco dias. Em caso de infecções secundárias fazer uso de antibiótico tópico ou sistêmico dependendo da extensão da dermatose^{20,21,32}.

A profilaxia é realizada com o uso de calçados em áreas suspeitas e eliminação das fontes de infestação^{21,30}.

A tungíase é amplamente negligenciada pelos profissionais de saúde, apesar de casos graves terem sido relatados²⁸.

REFERÊNCIAS

01. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 5th Edition, A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence: Elsevier Health Sciences; New York. 2015.
02. 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.
03. Lima F, Cerqueira AMM, Guimaraes MBS, Padilha CBS, Craide FH, Bombardelli M. Crusted scabies due to indiscriminate use of glucocorticoid therapy in infant. *Ana bras dermatol*. 2017;92(3):383-5.
04. Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(6):690-4.
05. Salavastu CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(8):1248-53.
06. Pietkiewicz P, Navarrete-Dechent C. Scabies Mite is Bright Green Under UV Dermatoscopy. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(2):e2023135.
07. Gomez-Martinez S, Ibaceta Ayala J, Morgado-Carrasco D. Wood's Light in Inflammatory And Autoimmune Dermatoses, Infections and Skin Cancer. *Actas Dermosifiliogr*. 2024 Sep 19:S0001-7310(24)00716-6
08. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. Red Book 2018: Report of the Committee on Infectious Diseases: American Academy of Pediatrics; 2018.
09. Bernigaud C, Fernando DD, Lu H. How to eliminate scabies parasites from fomites: A high-throughput ex vivo experimental study. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(1):241-245.
10. Jannic A, Bernigaud C, Brenaut E, Chosidow O. Scabies Itch. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):301-308.
11. 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.
12. CDC. Prevention & Control. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/prevent.html> 2013 [10/02/2019 Acessado em outubro de 2024].
13. Yetman RJ. The child with pediculosis capitis. *J Pediatr Health Care*. 2015;29(1):118-20.
14. Cummings C, Finlay JC, MacDonald NE. Head lice infestations: A clinical update. *Paediatr Child health*. 2018;23(1):e18-e24.
15. Devore CD, Schutze GE, Council on School H, Committee on Infectious Diseases AAoP. Head lice. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1355-65.
16. 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.
17. Burgess IF, Brown CM, Lee PN. Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: randomised controlled equivalence trial. *BMJ*. 2005; 18;330(7505):1423.
18. Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. *BMC Infect Dis*. 2008;10;8:115.
19. Kassiri H, Mehraghaei M. Assessment of the prevalence of pediculosis capitis and related effective features among primary schoolchildren in Ahvaz County, Southwest of Iran. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021;28(18): 22577-22587.
20. Lowy G, Alonso FJF, Cestari SCP, Cestari TF, Oliveira ZNP. Atlas de dermatologia pediátrica: topográfico e morfológico: MEDSI; 2000.
21. Rivitti EA. Dermatologia de Sampaio e Rivitti - 4.ed, Artes Médicas, São Paulo, 2018.
22. 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. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2014;89:332-3.
23. 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.
24. Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*: Mosby/Elsevier; Philadelphia, 2008.
25. Ramos-e-Silva M. Fundamentos de dermatologia: Atheneu; Rio de Janeiro, 2008.
26. 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.
27. 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.
28. 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. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21:243-51.
29. Feldmeier H. [Tungiasis and cutaneous larva migrans: unpleasant travel souvenirs]. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*. 2009;32(12):440-4.
30. Bonfim WdM, Cardoso MD, Cardoso VdA, Andreazze R. Tungíase em uma área de aglomerado subnormal de Natal-RN: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19:379-88.
31. 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.
32. Hoon KS, Fernandez MF, Bujan MM, Cervini AB, Laffargue J, Pierini AM. Tungiasis: a case report. *Arch Arg Pediatr*. 2011;109(4):e82-4.



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º SECRETÁRIO:

Claudio Hoinoff (RJ)

DIRETOR FINANCEIRO:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º DIRETOR FINANCEIRO:

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

2º DIRETOR FINANCEIRO:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Maryneia Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Anaíla Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Lígia Maria Moreira (BA)

Carilando de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTE:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiceli de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morello Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Claudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Carilando de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioti Oliveira (SP)

Tulio Konstanyner (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORON

Renato Soibermann Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPE

Werther Brownow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Hany Simon Júnior (SP)

Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopez (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

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 Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

Marcia de Freitas (SP)

Nelson Grisard (SC)

Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Claudio Hoinoff (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Silvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Mariana Tschoepeke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Miguel Lahorgue Nunes (RS)

Gasilda Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marieline Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Mariana Tschoepeke Aires (RJ)

Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Alvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Maria C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Angélica Maria Bicudo (SP)

EDITORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS: