

Abordagem da Escabiose em Idade Pediátrica: Uma Atualização

Approach to Scabies in Children: An Update

Sofia SEABRA VIEIRA¹, Diana BERNADO², Susana MACHADO²
Acta Med Port 2025 Mar;38(3):175-181 • <https://doi.org/10.20344/amp.22450>

RESUMO

A escabiose é uma infecção dermatológica comum, que afeta globalmente mais de 200 milhões de pessoas. É causada pelo parasita *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* e a sua transmissão dá-se por contacto direto. Os sintomas surgem entre as três e seis semanas após a infestação, sendo o prurido intenso a manifestação mais característica. As lesões aparecem mais frequentemente nas mãos, punhos, axilas, região periumbilical, nádegas e região genital, e nas crianças afetam também a face, couro cabeludo, palmas e plantas, tornozelos e tórax. Assim, o diagnóstico é clínico, mas pode ser desafiador devido à diversidade das manifestações. O tratamento visa eliminar o parasita e aliviar os sintomas, utilizando opções como permethrina a 5%, benzoato de benzilo, sulfato de enxofre tópicos ou ivermectina sistémica. A permethrina é recomendada como primeira linha para crianças acima de dois meses, enquanto a ivermectina é usada em casos mais graves. A adesão ao tratamento e a desinfestação de roupas e lençóis são fundamentais para prevenir reinfestações. Dada a sua prevalência e impacto significativo na saúde pública, especialmente em idade pediátrica, é crucial o reconhecimento precoce e tratamento eficaz.

Palavras-chave: Criança; Escabiose/diagnóstico; Escabiose/tratamento farmacológico

ABSTRACT

Scabies is a common dermatological infection that globally affects more than 200 million people. It is caused by the parasite *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* and its transmission primarily occurs through direct contact. Symptoms typically appear three to six weeks after infestation, with intense itching being the most characteristic manifestation. Lesions most commonly appear on the hands, wrists, armpits, periumbilical area, buttocks, and genital region, although the clinical manifestations vary with age. In infants and children, they also affect the face, scalp, palms, soles, ankles, and chest. Therefore, diagnosis is clinical but challenging due to the diversity of manifestations. Treatment aims to eliminate the parasite and relieve symptoms, using options such as topical 5% permethrin, benzyl benzoate, sulfur sulfate, or systemic ivermectin. Permethrin is recommended as the first-line treatment for children over two months, while ivermectin is used in more severe cases. Adherence to treatment and the disinfection of clothing and bedding are crucial to prevent reinfection. Early recognition and effective treatment are essential given its prevalence and significant impact on public health, particularly in pediatric populations.

Keywords: Child; Scabies/diagnosis; Scabies/drug therapy

INTRODUÇÃO

A escabiose é uma das doenças infeciosas dermatológicas mais comuns mundialmente, afetando pessoas de todas as idades, sexos e estratos socioeconómicos. Tem uma prevalência superior a 200 milhões de pessoas a nível mundial e atinge 5% - 50% das crianças de áreas de baixos recursos. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu-a no grupo das doenças tropicais negligenciadas, realçando a necessidade de um melhor reconhecimento desta doença e da implementação de ações de controlo de grande escala.¹

A transmissão entre humanos ocorre principalmente através do contacto direto com a pele e o agente responsável é o *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, um parasita humano obrigatório.² Quando há contacto com pele infestada, os ácaros fêmea penetram o estrato córneo, criando uma galeria onde depositam os ovos, que dão origem a larvas três a quatro dias depois. Essas larvas dirigem-se para a superfície da epiderme, escavando pequenas bolsas, onde, cerca de duas semanas depois, como adultos, acasalam e infestam de novo a pele do hospedeiro. Posteriormente,

os ácaros macho morrem e as fêmeas voltam a escavar as galerias, completando um ciclo de vida que dura quatro a seis semanas.³⁻⁵ É necessário um contacto direto com a pele por um mínimo de cinco minutos para que ocorra infestação, sendo o contacto sexual um momento importante de transmissão; fora do corpo humano, a sobrevida dos ácaros à temperatura ambiente é de cerca de 36 horas.⁴ A transmissão por fómites, como roupas e lençóis, é rara,³ sendo mais significativa na escabiose crostosa (ou escabiose norueguesa), em que a carga parasitária por pessoa é muito superior e os ácaros podem transmitir-se através das escamas destacáveis.³⁻⁶

A taxa de infestação é maior em locais de alta densidade populacional e com aglomerados de pessoas, como lares, creches e instituições de acolhimento,^{3,5} sendo assim as crianças abaixo dos dois anos e os idosos os mais afetados.⁵ A sobrelocação com contacto próximo, partilha de camas, maiores taxas de reinfestação, subdiagnóstico e falha terapêutica são alguns fatores que podem justificar a alta incidência de escabiose na população pediátrica.^{2,3,6,8}

1. Serviço de Pediatria. Unidade Local de Saúde São João. Porto. Portugal.

2. Serviço de Dermatologia. Unidade Local de Saúde Santo António. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Sofia Seabra Vieira. [sofia_seabra_vieira97@gmail.com](mailto:sوفيا_seabra_vieira97@gmail.com)

Received/Received: 18/10/2024 - Accepted/Accepted: 06/01/2025 - Published Online/Published Online: 29/01/2025 - Published/Published: 03/03/2025
 Copyright © Ordem dos Médicos 2025



Por ser um problema de saúde pública global com grande impacto psicossocial e grande peso nos anos de vida ajustados para incapacidade^{5,6,8} é essencial o seu reconhecimento precoce e tratamento eficaz atempado.

O objetivo deste artigo foi fazer uma revisão da evidência publicada relativamente às opções de tratamento da escabiose em idade pediátrica, adequada à realidade portuguesa.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas de escabiose iniciam-se habitualmente por volta de três a seis semanas após a infestação, embora em casos de reinfestação os sintomas possam surgir em um a três dias, por sensibilização prévia do sistema imunológico.^{5,6} A manifestação clínica mais comum da escabiose é o prurido, mais exuberante durante a noite e após os banhos. Esse prurido é consequência de reações de hipersensibilidade ao parasita, nomeadamente através da produção de interleucina-31 e macrófagos M2,⁴ e da própria atividade parasitária na pele, que causa trauma e irritação. O prurido, por si, também despoleta posteriormente uma dermatite irritativa. Os locais de distribuição preferenciais são as pregas interdigitais, face anterior dos punhos e cotovelos, face anterior e posterior das pregas axilares, pregas inguinais, região periumbilical, nádegas, região genital e periareolar.^{4,6,7}

Nos lactentes e crianças em idade pré-escolar, o prurido habitualmente é menos exuberante, podendo apresentar-se como irritabilidade, perturbação do sono, agitação e recusa alimentar, com impacto no desenvolvimento estaturopondéral. Pela ineficácia do ato de coçar, existem menos escoriações, pelo que as lesões cutâneas específicas de escabiose podem ser mais facilmente identificáveis e a carga parasitária superior.¹⁰ No entanto, o diagnóstico pode ser mais difícil pelo facto de, nestas idades, as lesões serem mais localizadas, aparecerem frequentemente na face, couro cabeludo, palmas e plantas (o que ajuda a diferenciar de outras dermatites pruriginosas comuns nessa faixa etária), punhos, tornozelos e tórax^{4,6} e apresentarem poucas escoriações.¹⁰

As lesões cutâneas específicas da escabiose são:

- Sulcos (galerias): lesões lineares/tortuosas, com alguns milímetros de comprimento, causadas pelo trajeto do ácaro fêmea na camada córnea. Podem ser difíceis de identificar quando existem escoriações severas.^{6,10}
- Lesões vesiculo-pustulares: aparecem no couro cabeludo, na região palmoplantar ou nos espaços interdigitais, e podem estar intactas ou erodidas e conter o ácaro.^{4,6}
- Nódulos: lesões papulo-nodulares edematosas, pruriginosas, decorrentes de reações inflamatórias

intensas, que aparecem habitualmente nas pregas axilares, inguinais e escrotais. Aparecem mais frequentemente em crianças com idade inferior a dois anos, podendo ser as únicas lesões, e persistem por meses após o tratamento.^{6,10}

O envolvimento das unhas foi também relatado em algumas crianças, sendo um sinal frequente de recidiva na doença. Estas podem não apresentar alterações além da presença de hiperqueratose, contudo a presença de panrício deverá ser interpretada como suspeita.⁴

Em alguns casos, raros, a escabiose pode manifestar-se sob a forma de escabiose bolhosa, apresentando bolhas tensas ou flácidas nos locais habituais e pode acompanhar-se de prurido. Esta ocorre por uma reação imune exacerbada ao parasita e é mais frequente em adultos.¹¹

A escabiose crostosa, mais frequente em doentes imuno-deprimidos, manifesta-se habitualmente com hiperqueratose, escamas soltas ou aderentes, e pode associar-se a prurido. Os locais mais comumente afetados são a face, couro cabeludo, dedos, genitais e faces extensoras dos cotovelos, muitas vezes provocando também linfadenopatias generalizadas.^{6,12} Esta é uma forma de sarna mais exuberante e debilitante, com uma carga parasitária muito elevada, eosinofilia e níveis elevados de imunoglobulina E.⁴ A progressão de escabiose comum para escabiose crostosa é incomum.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da escabiose é clínico, sendo a presença de galerias patognomónica. Contudo, as manifestações clínicas variam de acordo com a idade e muitas vezes a visualização de lesões específicas é difícil, o que torna o diagnóstico desafiador. Devemos considerar este diagnóstico sempre que uma criança apresente dermatose generalizada pruriginosa, especialmente se outros membros da família apresentarem sintomas semelhantes.^{3,7}

Em 2020, a International Alliance for the Control of Scabies propôs uma lista de critérios padronizados (Tabela 1) que ajudam a estabelecer o diagnóstico de escabiose.^{4,12}

O diagnóstico definitivo assenta na visualização do parasita e dos seus ovos, fezes e outros fragmentos ao microscópio após raspagem dos sulcos,³ contudo, esta pode ser dificultada pela baixa carga parasitária na escabiose comum.

A dermatoscopia, amplamente utilizada por dermatologistas, também pode ajudar no diagnóstico com a visualização do ácaro e trajeto do mesmo ('padrão jato com rastro'), da cabeça do ácaro em forma triangular ('padrão em asa delta') ou dos ovos do parasita dentro das galerias.⁷ Este exame pode ser difícil em fotótipos mais escuros, hirsutismo ou áreas com múltiplas lesões de escoriação.¹² Na escabiose crostosa, pode ser objetivada a hiperqueratinização

Tabela 1 – Critérios diagnósticos de escabiose da International Alliance for the Control of Scabies**A. Escabiose confirmada**

Pelo menos um dos seguintes:

- A1: Ácaros, ovos ou fezes identificados por microscopia de luz em amostras de pele;
- A2: Ácaros, ovos ou fezes visualizados usando um dispositivo de imagem de alta potência;
- A3: Ácaro visualizado por dermatoscopia.

B. Escabiose clínica

Pelo menos um dos seguintes:

- B1: Sulcos/ galerias de escabiose;
- B2: Lesões típicas na região genital masculina;
- B3: Lesões típicas numa distribuição típica + dois aspectos sugestivos de escabiose na história clínica*.

C. Escabiose suspeita

Um dos seguintes:

- C1: Lesões típicas numa distribuição típica + um aspeto sugestivo na história clínica*;
- C2: Lesões atípicas ou distribuição atípica + dois aspectos sugestivos de escabiose na história clínica*.

***Aspectos a valorizar da história clínica**

- H1: Prurido;
- H2: História de contacto positivo.

da pele e um ‘padrão de noodle’ com aglomerados de sulcos devido à elevada proliferação de ácaros.⁴

Biópsias de pele podem ser efetuadas, embora seja um procedimento pouco utilizado e reservado para manifestações atípicas ou doença refratária ao tratamento.¹²

Além destes, existem outros métodos diagnósticos menos utilizados como: a microscopia confocal de reflectância, que utiliza um feixe de laser refletido para inspecionar as várias camadas da pele e ver *in vivo* os ácaros dentro dos sulcos; a tomografia de coerência ótica, que utiliza luz infravermelha para visualizar os ácaros e os seus fragmentos na pele; o teste do buraco de tinta, que ao aplicar tinta nos túneis visíveis na pele permite delinear a sua forma curvilínea típica; e o teste da fita adesiva, em que é aplicada na pele fita adesiva e posteriormente removida e analisada microscopicamente.¹²

Quanto à avaliação laboratorial da escabiose, também estão a ser desenvolvidas técnicas de deteção de antígeno através de ensaios imunoenzimáticos por ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) e técnicas moleculares para deteção do ácido desoxirribonucleico do parasita através de *polymerase chain reaction* que identificam a subunidade da C-oxidase do *S. scabiei*. Estes ainda não foram aprovados devido à sua custo-eficácia.^{4,7,12}

Diagnóstico diferencial

Algumas entidades que fazem diagnóstico diferencial com a escabiose são:

- Dermatite atópica: doença comum nas crianças, surgindo como placas eritematodescamativas pru-

riginosas, mais comuns nas regiões flexoras. Distinge-se da escabiose pela localização, ausência de agravamento durante a noite e ausência de sulcos acarininos.

- Prurigo estrófico: resulta de uma reação de hiper-sensibilidade à saliva do inseto e manifesta-se com pápulas dispersas pelo corpo.
- Acropustulose infantil: pústulas e vesículas nas palmas e plantas, não pruriginosas. Pode ser uma manifestação pós-escabiotíca.⁴
- Dermatite herpetiforme: reação autoimune crónica por sensibilidade ao glúten – caracteriza-se por uma dermatite vesiculo-papular, pruriginosa, habitualmente nas superfícies extensoras dos membros, de forma grosseiramente simétrica nos cotovelos e joelhos.
- Mastocitose maculopapular: máculas e pápulas acastanhadas com bordos mal definidos, que quando friccionadas, desenvolvem uma reação urticariforme local (sinal de Darier).¹⁰

COMPLICAÇÕES

A principal complicação da escabiose é a infecção bacteriana secundária por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*, na forma de impetigo, celulite, foliculite ou ectima, e é mais comum em idade pediátrica.^{2,7} Menos frequentemente, esta infecção pode-se estender aos tecidos profundos e complicar como fascite necrotizante.

O trauma recorrente da barreira cutânea condicionado pelo prurido leva a soluções de continuidade da pele que

atuam como portas de entrada.^{5,6} Adicionalmente, este fenômeno é potenciado pela interação do *Sarcoptes scabiei* com sistema imunológico do hospedeiro através da inibição do complemento por proteínas produzidas pelo parasita, o que favorece a sobrevivência do *S. pyogenes* e o crescimento do *S. aureus*. Esta é a razão pela qual o impetigo é mais prevalente em regiões com alta prevalência de escabiose.^{6,9}

Se não tratada atempadamente, esta pode evoluir para infecção sistémica por estes agentes, como sépsis, síndrome do choque tóxico ou infecção osteoarticular.⁵ No caso de infecção por *S. pyogenes*, uma das complicações tardias a referir será a glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda, com alguns autores a relatar o aumento da sua incidência após surtos de escabiose.²

Em doentes imunodeprimidos com escabiose crostosa, o herpes *simplex* também deve ser um agente a considerar em casos de sobreinfecção, manifestando-se com *Scabies herpeticum*.⁵

Assim, o tratamento primário da escabiose é muito importante, estando associado à redução significativa de impetigo e de complicações renais, mesmo sem antibioticoterapia.^{6,7}

Nas crianças, pode ocorrer uma reação de hipersensibilidade autolimitada, não contagiosa, após o tratamento, com persistência de pústulas e nódulos nas plantas e palmas, mas sem sulcos ou presença de ácaros, denominada acropustulose infantil.⁴

O prurido pós-escabiótico é uma condição que pode persistir por duas a quatro semanas até à eliminação total dos ácaros, não existindo contagiosidade.⁵ Por esse motivo, por destruição da barreira cutânea, existe também aumento do risco de desenvolver ou de agravar doenças como dermatite atópica ou psoríase em indivíduos predispostos.⁵

Outras comorbilidades muito comuns associadas à escabiose relacionam-se com afecção psicossocial, nomeadamente com distúrbios do sono, estigmatização social, depressão e alterações da concentração.²

TRATAMENTO

Medidas gerais

O tratamento da escabiose assenta no tratamento de sintomas – nomeadamente com a utilização de anti-histamínicos para o prurido e emolientes e/ou corticoides tópicos para a dermatite – e na erradicação da parasitose, estando o sucesso da erradicação dependente da adesão ao tratamento, do tratamento simultâneo dos contactos próximos e da desinfestação de fómites.³

Desta forma, além de um diagnóstico atempado, é importante fornecer as instruções terapêuticas pormenorizadas de forma oral e escrita a todos os doentes, na medida

em que isto ajuda a aumentar a adesão terapêutica. Alguns conselhos importantes são: aplicar o tratamento tópico em todo o corpo, incluindo nas pregas interdigitais, umbigo e genitais; nas crianças com menos de dois anos e em idosos, aplicar também no couro cabeludo, face e pescoço, com exceção da boca e olhos; aplicar nas mãos e reaplicar se estas forem lavadas; remover o produto apenas após o tempo recomendado; e cortar as unhas antes do tratamento.² O tratamento dos contactos próximos (que pertencem ao núcleo familiar, que partilham habitação, parceiros sexuais) é essencial, mesmo se assintomáticos, porque podem encontrar-se no período de incubação que é longo e igualmente contagioso.¹³

Quanto à desinfestação de fómites, esta torna-se relevante pela capacidade de sobrevivência do parasita fora do hospedeiro, nomeadamente a temperaturas mais baixas e ambientes mais húmidos.³ Aconselham-se medidas como: lavar roupas, lençóis e peluches a 50 – 60°C por pelo menos 10 minutos e secá-los na máquina; colocar todos os objetos não laváveis num saco selado preto por um mínimo de três dias em clima seco e temperado (22°C) ou no congelador a temperaturas entre -10°C e -18°C por pelo menos cinco horas.^{4,13} Além disso, é essencial a evicção do contacto pele-com-pele com outras pessoas potencialmente infestadas.

Tratamento farmacológico

O tratamento de erradicação da escabiose depende do tipo de manifestações, da gravidade, da idade do doente, da experiência local, do perfil de efeitos adversos e do custo e disponibilidade dos fármacos.^{2,12} As recomendações europeias aconselham, como tratamento de primeira linha, a permetrina a 5%, o benzoato de benzilo ou ivermectina sistémica.¹²⁻¹⁴

Crianças que frequentem creche/infantário poderão regressar ao mesmo após conclusão do tratamento tópico ou 24 horas após a primeira toma de ivermectina.⁴

A Tabela 2 resume as indicações terapêuticas de acordo com a idade/condição dos doentes.

Permetrina

A permetrina a 5% em creme está aprovada para o tratamento da escabiose em crianças com idade superior a dois meses desde 2015, sendo considerado o tratamento de primeira linha por várias normas de orientação clínica internacionais, nomeadamente pelo Centers for Disease Control and Prevention.² Pode ser utilizada em grávidas e mulheres a amamentar e, embora exista um número muito limitado de estudos em crianças com menos de dois meses, esta mostrou ser eficaz e segura nesta faixa etária.¹⁵

A quantidade utilizada deve ser ajustada ao tamanho da criança, devendo cobrir toda a superfície corporal e deve

Tabela 2 – Tratamento da escabiose conforme a idade

Idade/ condição	Tratamento de 1.ª linha
Recém-nascido até 2 meses	Enxofre a 5% em vaselina purificada
Crianças > 2 meses e adultos	Permetrina 5%
Grávidas/ mulheres a amamentar	Enxofre 5% - 10% em vaselina purificada
Escabiose crostosa	Ivermectina 200 µg/kg (2 tomas)* + permetrina 5%
Surtos na comunidade	Ivermectina 200 µg/kg (2 tomas separadas por 8 - 14 dias)*
Doença resistente ao tratamento tópico ou com contraindicações ao tratamento tópico	Ivermectina 200 µg/kg (2 tomas separadas por 8 - 14 dias)*

*: se > 2 anos de idade e peso > 15kg

ser deixada a atuar por cerca de 8 - 12 horas. Até aos 5 anos, a dose recomendada é 7,5 g; entre os seis e os 12 anos, 15 g; e a partir dos 12 anos, 30 g. Sendo adulticida e ovicida, pode ser aplicada apenas uma vez, mas, para maior eficácia terapêutica, habitualmente cumpre-se um esquema de duas aplicações separadas por sete dias.^{4,15}

É habitualmente bem tolerada, existe pouca absorção e é facilmente metabolizada. Alguns efeitos adversos descritos são parestesias, sensação de queimadura, prurido e xerose.⁴

Está descrita uma eficácia de 95% - 98%.⁵ No entanto, parece ter sido notada uma diminuição da sua eficácia nos últimos tempos em alguns estudos,^{13,16,17} que pode estar relacionada com resistências do parasita, previamente já identificadas *in vitro*,^{13,18} mas também com as falhas inerentes à sua aplicação.

Em Portugal, é comercializada em gel, aprovada desde 2021 (Permetrina LMP).

Ivermectina

A ivermectina tópica, comercializada em Portugal como Soolantra®, creme a 1% pode ser utilizada com uma eficácia semelhante à ivermectina oral e à permetrina 5%,^{4,19} embora seja menos utilizada pelo seu elevado custo, indisponibilidade e limitada evidência em larga escala.¹²

Quanto à ivermectina sistémica, administrada por via oral, como manipulado, tem-se mostrado uma opção segura e eficaz, com uma posologia simples, o que aumenta a adesão terapêutica. Está aprovada num esquema de duas tomas, numa dose de 200 µg/kg, sendo que a segunda toma, aconselhada 8 - 14 dias após a primeira, é necessária por não ter ação ovicida.^{4,6,12} É um fármaco aprovado em vários países e um antiparasitário considerado pela OMS como essencial para a humanidade.¹³ Está aprovada para crianças com mais de dois anos de idade e peso superior a 15 kg,^{3,4} sendo desaconselhada em crianças mais pequenas e grávidas,^{10,12} embora existam estudos que mostram a sua segurança na utilização em crianças com menos de 15kg.^{20,21}

Atualmente, está reservada para surtos na comunida-

de, casos de contraindicação do tratamento tópico, casos resistentes ao tratamento tópico ou para escabiose crostosa, sendo que nestes dois últimos casos poderá ser combinada com tratamento tópico.^{3,4}

É um fármaco bem tolerado, com efeitos adversos leves e transitórios, nomeadamente cefaleias, tonturas, parestesias, hipotensão, astenia, náuseas, vômitos, dor abdominal, mialgias, artralgias, exantemas, prurido e dispneia.^{12,15} Em casos raros, foram ainda observadas hipereosinofilia transitória, alterações da função hepática e hematica. Estes efeitos adversos associam-se a doses altas de ivermectina ou à resposta imuno-inflamatória à morte dos parasitas (reação de Mazzotti).¹⁵

Benzóato de benzilo

O benzoato de benzilo está aprovado para aplicação tópica a partir do primeiro mês de idade, como solução cutânea a 10%, e após os 12 anos como solução a 25%.⁴ Deve ser aplicado com duas camadas espaçadas em 10 - 15 minutos, em pele seca após o banho, ficando a atuar 24 - 48 horas e repetindo o mesmo esquema 7 - 14 dias depois.^{4,12} Em Portugal, é comercializado como Acarilbial® (com concentração 277 mg/mL).

Alguns efeitos adversos relatados são eczema, xerose e sensação de queimadura quando aplicado em zonas escoridas, pelo que se aconselha a toma de banho diária e aplicação de emoliente.³ O uso em grávidas e mulheres a amamentar deve ser considerado com precaução.²

Enxofre

O enxofre é o escabicida mais antigo, sendo utilizado há séculos no tratamento da escabiose.³ Pelos seus perfis de segurança e eficácia bem estudados, é o tratamento de eleição em crianças pequenas, nomeadamente nos recém-nascidos, nas grávidas e em mulheres a amamentar.^{2,4} O esquema de tratamento compreende a aplicação três dias seguidos, à noite, realizando lavagem corporal antes de todas as aplicações e deve ser repetido na semana seguinte.³ Não estão descritos efeitos adversos importantes, apontando o odor desagradável e a possível irritação da

pele como efeitos indesejáveis.¹²

Em Portugal está disponível sob a forma de manipulado precipitado em 5% - 10% de vaselina purificada,² a um preço acessível.

Lindano

O lindano não é atualmente recomendado e não se encontra comercializado na Europa.^{2,4}

Crotamiton

O crotamiton está aprovado pela U.S. Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de adultos e pode ser útil na escabiose nodular infantil.²⁻⁴ Em Portugal, não está disponível desde 2016.

Tratamentos futuros

A moxidectina é um fármaco sistémico ainda por aprovar na Europa para uso humano. No entanto foi já aprovado pela FDA para o tratamento da oncocercose, pelo que poderá ser utilizado na escabiose. Atua de forma semelhante à ivermectina, com menor toxicidade, maior eficácia e um tempo de semivida superior, que permite uma toma única.^{4,5,12}

A utilização de doses superiores (0,4 mg/kg) de ivermectina em duas doses também parece aumentar a eficácia do tratamento, estando sob investigação.⁷

Embora existam tratamentos com grande eficácia, por vezes são necessárias múltiplas intervenções terapêuticas e combinar fármacos tópicos e sistémicos. Isto prende-se com o facto de algumas das terapias terem esquemas complexos e difíceis de cumprir, da atividade ovicida limitada dos fármacos e das suas semividas relativamente curtas em relação ao longo ciclo de vida deste parasita.⁷

É importante salientar que a persistência de prurido após o tratamento nem sempre é critério para repeti-lo, uma vez que a reação imunológica aos restos do parasita é uma causa mais frequente de prurido pós-tratamento do que a reinfeção, podendo persistir por quatro a seis semanas até a eliminação completa de resíduos parasitários.^{2,3} É importante certificar-se sempre de que o tratamento foi realizado corretamente, com uma duração adequada e também pelos contactos.⁴ O prurido pós-escabiose pode ser tratado com emolientes, anti-histamínicos orais e corticoides tópicos de baixa potência.¹²

CASOS PARTICULARES

Escabiose crostosa

A escabiose crostosa deve ser tratada com fármacos sistémicos e tópicos, nomeadamente ivermectina oral e permetrina a 5%, de forma a diminuir a carga parasitária e obter maior penetração na pele hiperqueratinizada. O esquema aconselhado é ivermectina três, cinco ou sete dias e

permetrina diária por sete dias seguida de aplicações duas vezes por semana até resolução clínica. O uso concomitante de produtos queratolíticos pode aumentar a eficácia do tratamento escabicida.^{6,13}

Escabiose nodular

A escabiose nodular habitualmente é tratada com os mesmos esquemas que a escabiose clássica. Em casos severos ou resistentes pode ser vantajosa a aplicação de corticoides tópicos de alta potência durante duas a três semanas ou poderá ser necessário injetar corticoides intraleisionais.⁵

Sobreinfeção bacteriana

Em casos de sobreinfeção bacteriana, deve ser utilizada antibioterapia tópica ou sistémica, de acordo com a gravidade e extensão da mesma.² O tratamento da sobreinfeção bacteriana deve preceder o tratamento da escabiose. Habitualmente são utilizados ácido fusídico ou mupirocina (tópicos) ou flucloxacilina em monoterapia ou em associação com clindamicina, macrólidos ou cefalosporinas (de forma sistémica), conforme os padrões locais de sensibilidade.¹²

CONCLUSÃO

A escabiose é uma doença dermatológica infeciosa de grande relevância mundial, com impacto significativo na saúde pública. As crianças são um grupo especialmente afetado, nomeadamente em áreas de baixos recursos, pela sobrelocação e contacto próximo entre indivíduos. Assim, a elevada prevalência, aliada ao subdiagnóstico, falhas terapêuticas e reinfestações, evidencia a necessidade de uma abordagem abrangente que combine prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos eficazes.

Em idade pediátrica a escabiose apresenta características específicas, que exigem atenção. O diagnóstico pode ser dificultado por o prurido ser menos evidente e as lesões se localizarem frequentemente em zonas como a face, couro cabeludo, palmas, plantas e tórax.

Quanto ao tratamento, este inclui o uso tópico de permetrina a 5%, segura em idades a partir dos dois meses, e de enxofre precipitado para lactentes abaixo dessa idade. A ivermectina oral está reservada para crianças acima dos 15 kg. A utilização de terapêuticas combinadas pode ser importante em casos graves, como a escabiose crostosa. A implementação simultânea de medidas educacionais é crucial para controlar a transmissão da doença, nomeadamente com a desinfestação de fómites e tratamento simultâneo de contactos próximos. Perante casos refratários ao tratamento, formas graves de escabiose ou dúvidas quanto ao diagnóstico, estes deverão ser referenciados para avaliação por especialistas em dermatologia.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

SSV: Desenho do estudo, aquisição e análise de dados, redação do manuscrito.

DB, SM: Desenho do estudo, revisão do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Scabies. 2023 [consultado 2024 ago 27]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>.
2. Santiago F, Januário G. Escabiose: revisão e foco na realidade portuguesa. *J Port Soc Dermatol Venereol*. 2017;75:129-37.
3. Tavares M, Selores M. Escabiose - recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. *Nascer Crescer* 2013;22:80-6.
4. Chiriac A, Diaconeasa A, Miulescu R, Chiriac AE, Wollina U. Scabies in infants and children - a narrative review. *Eur J Pediatr*. 2024;183:2527-36. Erratum in: *Eur J Pediatr*. 2024;183:2537.
5. Leung AK, Lam JM, Leong KF. Scabies: a neglected global disease. *Curr Pediatr Rev*. 2020;16:33-42.
6. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:533-48.
7. Bernigaud C, Fischer K, Chosidow O. The management of scabies in the 21st century: past, advances and potentials. *Acta Derm Venereol*. 2020;100:adv00112.
8. Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2024;190:163-73.
9. Ständer S, Ständer S. Itch in scabies-what do we know? *Front Med*. 2021;8:e628392.
10. Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Pediatr Dermatol*. 2017;34:690-4.
11. Luo DQ, Huang MX, Liu JH, Tang W, Zhao YK, Sarkar R. Bullous scabies. *Am J Trop Med Hyg*. 2016;95:689-93.
12. Al-Dabbagh J, Younis R, Ismail N. The current available diagnostic tools and treatments of scabies and scabies variants: an updated narrative review. *Medicine*. 2023;102:e33805.
13. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. *Aten Primaria*. 2022;54:102231.
14. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1248-53.
15. Lobo Y, Wheller L. A narrative review of the roles of topical permethrin and oral ivermectin in the management of infantile scabies. *Australas J Dermatol*. 2021;62:267-77.
16. Meyersburg D, Kaiser A, Bauer JW. Loss of efficacy of topical 5% permethrin for treating scabies: an Austrian single-center study. *J Dermatolog Treat*. 2022;33:774-7.
17. Balestri R, Magnano M, Infusino SD, Rizzoli L, Girardelli CR, Rech G. Scabies is becoming less sensitive to per-methrin therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:e889-91.
18. Lluch-Galcerá JJ, Carrascosa JM, Boada A. Epidemic scabies: new treatment challenges in an ancient disease. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114:132-40.
19. Saeed A, Tariq S, Iqbal M, Ismaeel H, Mashhood A, Raza MH, et al. Study comparing topical ivermectin versus topical permethrin in the treatment of scabies. *Cureus*. 2023;15:e48746.
20. Levy M, Martin L, Bursztajn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol*. 2020;182:1003-6.
21. Bécourt C, Marguet C, Balguerie X, Joly P. Treatment of scabies with oral ivermectin in 15 infants: a retrospective study on tolerance and efficacy. *Br J Dermatol*. 2013;169:931-3.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.