

BMJ Best Practice

Percevejos de cama

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	12
Opções de tratamento	14
Acompanhamento	18
Recomendações	18
Complicações	18
Prognóstico	19
Referências	21
Imagens	24
Aviso legal	28

Resumo

- ◇ Parasitas noturnos, que se alimentam exclusivamente de sangue e que se refugiam em móveis e camas.
- ◇ Os relatos de picadas estão aumentando em prevalência. As picadas são indolores, mas causam desconforto devido às reações associadas.
- ◇ As lesões características são pápulas pruriginosas em um padrão linear irregular, tipicamente encontradas na superfície corporal durante o sono, como na face, pescoço, braços, pernas e ombros.
- ◇ O tratamento é sintomático e inclui anti-histamínicos, antipruriginosos tópicos e corticosteroides tópicos. Em casos graves, corticosteroides sistêmicos podem ser necessários.
- ◇ A eliminação destes insetos da residência é fundamental e pode exigir desinsetização profissional.
- ◇ A transmissão de infecções por via sanguínea é altamente improvável.

Definição

Os percevejos de cama (*Cimex lectularius*, *C hemipterus* e *Leptocimex boueti*) são parasitas ápteros, hematófagos obrigatórios (que se alimentam exclusivamente de sangue) de coloração vermelho-amarronzada, medindo aproximadamente 5 mm a 7 mm de comprimento.[1] [2] O “percevejo comum” (*Cimex lectularius*) é mais prevalente em climas temperados, enquanto o *C hemipterus* geralmente é encontrado em áreas tropicais, e o *L boueti* é encontrado na África Ocidental. Eles são visíveis a olho nu e geralmente se escondem nas fendas de colchões, nas bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés. Os percevejos de cama são noturnos (ativos à noite), uma vez que preferem se alimentar durante a atividade mínima do hospedeiro.[3] As lesões típicas são pápulas eritematosas e pruriginosas, na pele exposta durante o sono. Lesões podem aparecer de horas a dias após a picada. Como percevejos de cama não são vetores prováveis da doença, o tratamento consiste de controle sintomático e evitação do parasita.[4]

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

Epidemiologia

Antes prevalentes em todo o mundo, as infestações por percevejos de cama têm declinado em nações industrializadas desde a década de 1930, devido ao uso de inseticidas como o diclorodifeniltricloroetano (DDT).[3] Entretanto, houve um ressurgimento de percevejos de cama em nações industrializadas a partir da década de 1980, com taxas particularmente altas relatadas nos EUA, Reino Unido e Austrália.[2] [8] Infestações sempre foram um desafio em áreas tropicais.[5] O ressurgimento foi atribuído ao uso de inseticidas menos tóxicos e menos persistentes[9] e ao aumento das viagens.[3] A crescente utilização de móveis de segunda mão[1] e uma alta rotatividade de residentes em certos ambientes, como abrigos e hotéis, também pode contribuir.[3]

Etiologia

As 3 espécies de percevejos que picam humanos são o *Cimex lectularius*, o *C hemipterus* e o *Leptocimex boueti*. [1] A espécie mais prevalente em climas temperados é o *C lectularius*, também conhecido como percevejo comum. O *C hemipterus* geralmente é encontrado em áreas tropicais, e o *L boueti* é encontrado na África Ocidental.

Em residências, os percevejos de cama habitam preferencialmente fendas em paredes e colchões, bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés. Infestação é mais comum em ambientes sociais com muito movimento de ocupantes (por exemplo, hotéis, albergues, abrigos para desabrigados, aviões). [1] [2] [5] Também foram relatadas infestações em hospitais, cinemas e veículos como carros, ônibus e trens. [10]

[Fig-2]

[Fig-1]

Fisiopatologia

Percevejos de cama são parasitas hematófagos obrigatórios (que se alimentam exclusivamente de sangue).^{[2] [11]} Eles são noturnos (ativos à noite) e preferem se alimentar durante a atividade mínima do hospedeiro.^[3] As reações variam de resposta ausente ou mínima até uma reação mais típica que se manifesta com máculas e pápulas eritematosas e pruriginosas, ou até uma resposta menos comum de urticária e anafilaxia. Essas reações cutâneas provavelmente são decorrentes da resposta imunológica do hospedeiro às proteínas da saliva do parasita.^[5] Alguns indivíduos não produzem uma resposta e não desenvolvem lesões. Reações de urticária papular são descritas como sendo mediadas por uma resposta do anticorpo imunoglobulina G (IgG) em relação às proteínas da saliva.^{[2] [12]} Embora sejam raras, reações bolhosas podem ser causadas por hipersensibilidade mediada por imunoglobulina E (IgE) às nitroforinas, as substâncias que transportam óxido nítrico na saliva dos percevejos de cama.^{[2] [7] [13] [14]}

Prevenção primária

Evitar o contato primário é essencial para prevenir picadas de percevejos de cama. Em residências e/ou especialmente em ambientes não familiares, recomenda-se a inspeção dos locais onde percevejos de cama comumente se escondem (por exemplo, fendas em colchões, bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés).[2] [8] Quartos devem ser aspirados e limpos regularmente para reduzir os entulhos onde percevejos de cama se escondem. Rachaduras em paredes e móveis devem ser seladas.[7] [16] [17] Além disso, armadilhas de queda com iscas podem ser usadas para detectar infestações.[18] Capas plásticas para colchões podem impedir o movimento dos percevejos de cama de um refúgio no colchão.[2] [8] Precauções adicionais durante viagens incluem a inspeção regular de bagagens e roupas e a lavagem de todos os itens de viagem imediatamente após a chegada, para reduzir o transporte de percevejos de cama.

Prevenção secundária

Imediatamente após o tratamento, todos os itens de vestimentas e de tecidos (por exemplo, roupas, cortinas, lençóis, fronhas) devem ser lavados em água com temperatura superior a 55 °C (aproximadamente 130 °F).[10] Como alternativa, os itens podem ser colocados em um secador de roupas com ar quente por pelo menos 30 minutos para a descontaminação. Para itens sensíveis ao calor, pode-se congelar a -20 °C (aproximadamente -5 °F) por 8 horas a cada 2.5 kg de peso dos itens.[10]

Se houver infestação de percevejos de cama na casa/moradia do paciente, ele deve ser aconselhado que a erradicação é essencial. Todas as áreas onde os percevejos de cama possam ser encontrados (por exemplo, móveis, fendas em paredes e colchões) devem ser inspecionadas e limpas. Cada vez mais, a desinsetização profissional é necessária.[2] [5] O consumidor deve escolher um serviço de controle de pragas que seja especificamente treinado no manejo de percevejos de cama, uma vez que a resistência a inseticidas e a falha no tratamento não são problemas incomuns.[9] [10] [25]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 20 anos se apresenta com pápulas pruriginosas e eritematosas, algumas dispostas em um padrão linear, no rosto e pescoço. Ele afirma que as lesões estão presentes por alguns dias e que são mais elevadas e pruriginosas pela manhã. Ele é um estudante universitário, que se mudou para os dormitórios da universidade na semana anterior. No exame físico, há múltiplas pápulas eritematosas, algumas com uma notável distribuição linear, em seu pescoço e face.

Outras apresentações

Respostas à picada do percevejo de cama variam de assintomáticas a anafiláticas.[3] [5] As reações provavelmente se desenvolvem em decorrência da sensibilização à injeção da saliva, embora alguns indivíduos não apresentem sensibilização, mesmo após repetidas exposições.[6] A reação mais comum inclui máculas e pápulas eritematosas e pruriginosas, de 1 a 5 mm de tamanho, geralmente com um componente linear. Lesões não complicadas (sem escoriação secundária ou infecção) geralmente remitem em 1 a 2 semanas. Outros quadros clínicos menos comuns incluem urticária papular, urticária difusa, lesões bolhosas e anafilaxia.[2] As lesões podem ocorrer de horas a dias após a picada. O intervalo entre a picada e a reação pode diminuir à medida que o hospedeiro é repetidamente exposto.[7] Fatores de risco ambientais registrados incluem viagem recente ou residência em dormitórios com frequente rotatividade de residentes.[4]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é baseado principalmente no quadro clínico e em uma história sugestiva. Geralmente não são necessárias investigações adicionais.

Anamnese e exame físico

Histórico de viagens recentes e contexto social são essenciais para determinar o risco de exposição à infestação. Fatores de risco conhecidos incluem dormir em um ambiente de muita movimentação (por exemplo, hotéis, dormitórios ou abrigos para desabrigados), viagens recentes e a presença de móveis e/ou colchões usados.[4] [15] Qualquer visualização de percevejos de cama no ambiente do paciente (por exemplo, fendas em colchões, bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés) deve ser registrada. Ocasionalmente, pacientes podem relatar manchas de sangue ou fezes nos lençóis ou no colchão. Entretanto, quando questionados, geralmente eles irão negar qualquer ocorrência de picada de insetos. Os pacientes geralmente relatam novas lesões pela manhã e podem descrever um prurido intenso. Embora as lesões geralmente não sejam dolorosas, os pacientes podem relatar dor ou uma sensação de queimação.

Os pacientes apresentam com maior frequência pápulas eritematosas, de 1 a 5 mm de tamanho, dispostas em um padrão linear irregular, na pele exposta durante o sono (por exemplo, face, pescoço, braços, pernas e ombros). Pode-se observar um pequeno orifício hemorrágico central.[2] [8] As lesões podem ocorrer de horas a dias após a picada. O intervalo entre a picada e a reação pode diminuir à

medida que o hospedeiro é repetidamente exposto.[7] Outros quadros clínicos menos comuns incluem urticária papular ou urticária difusa, lesões bolhosas e, raramente, anafilaxia.[2]

[Fig-2]

[Fig-1]

[Fig-3]

[Fig-4]

Investigações laboratoriais

O diagnóstico é baseado em exame clínico e raramente necessita de investigações adicionais. Uma raspagem cutânea da lesão (com preparação em óleo mineral) pode ser útil para excluir a escabiose como um diagnóstico alternativo. Não existe nenhum teste cutâneo baseado em alérgeno específico para os percevejos de cama, ou teste de hipersensibilidade imediata por punção cutânea ("prick test"), para confirmar os percevejos de cama como uma causa etiológica da urticária.[2] Raramente, uma biópsia de pele pode ser realizada, embora os achados histopatológicos geralmente sejam inespecíficos e consistentes com uma reação à picada de artrópode. Reações bolhosas a picadas de percevejos de cama, no entanto, refletem uma vasculite cutânea local com histologia que se assemelha à histologia da síndrome de Churg-Strauss.[19] Quando percevejos de cama são numerosos, também pode ser observada anemia na avaliação laboratorial.[20]

Fatores de risco

Fracos

ambiente de muito movimento

- Locais como hotéis, albergues e abrigos para desabrigados podem ter taxas maiores de infestação, pois o frequente ir e vir das pessoas facilita a disseminação de percevejos de cama.[4] [15]

viagem recente

- Acredita-se que os percevejos de cama se espalham por meio de bagagens e roupas.[4] Isso também pode explicar um aumento de infestações de percevejos de camas em hotéis.

móveis de segunda mão em residências

- Os percevejos de cama se escondem em itens como móveis e colchões.[4] Em residências, os percevejos de cama habitam preferencialmente fendas em paredes e colchões, bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés.[1] [2] [5]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Fatores de risco incluem dormir em um ambiente de alta rotatividade, história de viagens recentes e presença de móveis de segunda mão em casa.[4] [15]

visualização de percevejos de cama (comum)

- Os pacientes podem relatar terem visto pequenos insetos marrons em locais comuns aos percevejos de cama em seu ambiente (por exemplo, fendas em colchões, bases e cabeceiras de camas e atrás de rodapés). No entanto, se forem questionados, os pacientes geralmente negam conhecimento de picadas de inseto recentes.

[Fig-2]

[Fig-1]

pápulas eritematosas lineares irregulares (comum)

- As lesões cutâneas mais comuns são pápulas eritematosas, de 1 a 5 mm de tamanho, dispostas em um padrão linear irregular, na pele exposta durante o sono (por exemplo, face, pescoço, braços, pernas e ombros). Pode-se observar um pequeno orifício hemorrágico central.[2] [8]
- As lesões podem ocorrer de horas a dias após a picada. O intervalo entre a picada e a reação pode diminuir à medida que o hospedeiro é repetidamente exposto.[7]

[Fig-3]

[Fig-4]

novas lesões cutâneas notadas pela manhã (comum)

- Os pacientes geralmente relatam novas lesões cutâneas pela manhã. Os percevejos de cama são noturnos e preferem se alimentar durante a atividade mínima do hospedeiro.[3]

prurido (comum)

- Os pacientes geralmente descrevem prurido intenso.

Outros fatores de diagnóstico**dor ou queimação (incomum)**

- Raramente, os pacientes podem descrever dor ou queimação nas lesões.

urticária papular ou difusa (incomum)

- Menos comumente, as lesões podem apresentar uma urticária papular ou difusa.[2]

bolhas (incomum)

- Menos comumente, lesões bolhosas podem estar presentes.[2]

urticária disseminada/sibilância/estridor/hipotensão (incomum)

- Raramente, os pacientes podem apresentar anafilaxia.[2]

manchas de sangue ou fezes em lençóis (incomum)

- Os pacientes podem relatar manchas de sangue ou fezes nos lençóis ou colchões.

Exames diagnóstico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
raspagem cutânea da lesão (preparação em óleo mineral) <ul style="list-style-type: none"> Útil para excluir a escabiose como um diagnóstico alternativo. 	negativo
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> A biópsia raramente é indicada e é inespecífica (geralmente consistente com uma reação à picada de artrópode). 	infiltrado eosinofílico perivascular inespecífico

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Picada de inseto ou de aranha	<ul style="list-style-type: none"> Ataques de outros artrópodes podem ser difíceis de diferenciar e são a consideração primária no diagnóstico diferencial. Pulgas: geralmente na parte inferior das pernas. Mosquitos: o paciente percebe a picada. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Urticária	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem apresentar história de urticária prévia e/ou exposição recente ao fator desencadeante (por exemplo, medicamento ou alimentos). Lesões de urticária decorrentes de outras causas tendem a clarear com mais facilidade e a ter uma menor duração que as picadas urticarianas de insetos 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Escabiose	<ul style="list-style-type: none"> História de exposição a outros indivíduos com escabiose. Manifesta-se como pápulas e manchas eczematosas; algumas lesões podem se tornar nodulares; espessamento queratósico pode ser observado nas mãos. Os locais de predileção são os espaços interdigitais, o umbigo, a virilha e as axilas. Podem ser observadas escavações (túneis intactos com um pequeno ponto escuro, o ácaro, no fim) nos espaços interdigitais. 	<ul style="list-style-type: none"> A raspagem cutânea pode revelar ácaros, ovos e cíbalos (fezes) da escabiose no exame microscópico.[5]
Dermatite herpetiforme	<ul style="list-style-type: none"> História de doença celíaca (90% dos pacientes). Uma condição recorrente e extremamente pruriginosa; geralmente se apresenta com pápulas eritematosas e vesículas agrupadas (herpetiformes) e escoriações distribuídas simetricamente no tórax, cotovelos, joelhos, coluna lombar e nádegas. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele por imunofluorescência direta mostra imunoglobulina A (IgA) na derme superior distribuída em um padrão granular.[21]

Picadas de percevejos de cama geralmente são autolimitadas e remitem dentro de 1 a 2 semanas sem tratamento.[2] [8] O alívio sintomático é a principal meta do tratamento. Devem ser instituídas medidas preventivas, como limpeza do ambiente (por exemplo, lavar roupas e roupas de cama, passar aspirador de pó em móveis, examinar colchões), assim que um diagnóstico de infestação de percevejos de cama for estabelecido.[2] [8] [22] Vários monitores de percevejos de cama foram desenvolvidos, os quais podem auxiliar na detecção de infestações leves de percevejos de cama. [23] Entretanto, desinsetização profissional geralmente é necessária nas infestações.[2] [10]

A terapia inicial consiste de anti-histamínicos orais e agentes antipruriginosos para casos leves. Anti-histamínicos orais (por exemplo, hidroxizina) minimizam o prurido, mas não alteram a duração ou a aparência da erupção cutânea.[5] [8] [24] O efeito antipruriginoso é mediado principalmente por meio do efeito sedativo. Antipruriginosos tópicos (por exemplo, pomadas de pramocaína/cânfora/calamina ou creme de doxepina) proporcionam alívio sintomático.

Em pacientes com desconforto mais significativo, o uso de corticosteroides tópicos de baixa e média potência pode acelerar a resolução da erupção cutânea e diminuir o prurido.[5] [8] Os agentes incluem triancinolona e hidrocortisona. Os corticosteroides tópicos geralmente não devem ser usados por mais de 2 semanas. Em pacientes com reações mais intensas/disseminadas (por exemplo, erupção cutânea difusa com prurido debilitante), corticosteroides orais devem ser considerados. A adrenalina é usada apenas em pacientes com anafilaxia.

Devido à ruptura da barreira da pele em decorrência da inflamação e do ato de coçar, a pele pode ser infectada secundariamente por estafilococos (geralmente *Staphylococcus aureus*) ou por estreptococos (geralmente *Streptococcus pyogenes*).^[11] O tratamento com antibióticos orais ou antimicrobianos tópicos é eficaz.

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)		
doença sintomática		
	1a	antipruriginosos e/ou anti-histamínicos
	mais	limpeza com ou sem extermínio profissional
	adjunto	corticosteroides tópicos de potência leve a moderada
■ com reação grave/ disseminada	adjunto	corticosteroide oral

Agudo**(resumo)**

..... ■ **com infecção secundária** **mais** **antibiótico oral ou tópico**

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

doença sintomática

1a antipruriginosos e/ou anti-histamínicos

Opções primárias

» **hidroxizina**: crianças ≤ 40 kg: 2 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas, quando necessário; crianças > 40 kg e adultos: 25 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 100 mg/dia

--E/OU--

» **pramocaína/cânfora/calamina tópicos**: crianças > 2 anos de idade e adultos: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia, quando necessário

-ou-

» **doxepina tópica**: (5%) crianças: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose; adultos: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia, quando necessário

» Anti-histamínicos orais (por exemplo, hidroxizina) minimizam o prurido, mas não alteram a duração ou a aparência da erupção cutânea.[5] [8] [24] O efeito antipruriginoso é mediado principalmente por meio do efeito sedativo.

» Antipruriginosos tópicos (por exemplo, pomadas de pramocaína/cânfora/calamina ou creme de doxepina) proporcionam alívio sintomático.

mais limpeza com ou sem extermínio profissional

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Devem ser instituídas medidas preventivas, como limpeza do ambiente (por exemplo, lavar roupas e roupas de cama, passar aspirador de pó em móveis, examinar colchões), assim que um diagnóstico de infestação de percevejos de cama for estabelecido.[2] [8] Desinsetização profissional geralmente é necessária em infestações em curso.[2]

Agudo

» Imediatamente após o tratamento, todos os itens de vestimentas e de tecidos (por exemplo, roupas, cortinas, lençóis, fronhas) devem ser lavados em água com temperatura superior a 55 °C (aproximadamente 130 °F).[10] Como alternativa, os itens podem ser colocados em um secador de roupas com ar quente por pelo menos 30 minutos para a descontaminação. Para itens sensíveis ao calor, pode-se congelar a -20 °C (aproximadamente -5 °F) por 8 horas a cada 2.5 kg de peso dos itens.[10]

» Se houver infestação por percevejos de cama na residência/acomodação do paciente, ele deve ser alertado de que a erradicação é essencial. Todas as áreas onde os percevejos de cama possam ser encontrados (por exemplo, móveis, fendas em paredes e colchões) devem ser inspecionadas e limpas. Cada vez mais, a desinsetização profissional é necessária.[2] [5] O consumidor deve escolher um serviço de controle de pragas que seja especificamente treinado no manejo de percevejos de cama, uma vez que a resistência a inseticidas e a falha no tratamento não são problemas incomuns.[9] [10] [25]

adjunto **corticosteroides tópicos de potência leve a moderada**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica:** (2.5%) crianças e adultos: aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona acetonida tópica:** (0.1%) crianças e adultos: aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Em pacientes com desconforto mais significativo, o uso de corticosteroides tópicos de baixa e média potência pode acelerar a resolução da erupção cutânea e diminuir o prurido.[5] [8]

» Os agentes incluem triancinolona e hidrocortisona.

» Os corticosteroides tópicos geralmente não devem ser usados por mais de 2 semanas.

■ com reação grave/disseminada

adjunto **corticosteroide oral**

Agudo

■ com infecção secundária

mais

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **prednisolona**: crianças: 1 mg/kg/dia;
adultos: 40-60 mg por via oral uma vez ao dia

» Em pacientes com reações mais intensas/disseminadas (por exemplo, erupção cutânea difusa com prurido debilitante), corticosteroides orais devem ser considerados.

» Ciclo de tratamento: 7 a 14 dias.

antibiótico oral ou tópico

Tratamento recomendado para **TODOS** os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **cefalexina**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas; adultos: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

OU

» **tetraciclina**: crianças >8 anos de idade:: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas; adultos: 500 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: crianças >8 anos de idade: 2.2 mg/kg por via oral duas vezes ao dia; adultos: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **clindamicina**: crianças: 10-20 mg/kg/dia por via oral administrados em 3-4 doses fracionadas; adultos: 150-300 mg por via oral três a quatro vezes ao dia

OU

» **mupirocina tópica**: (2%) crianças >2 meses de idade e adultos: aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes ao dia

» Devido à ruptura da barreira da pele em decorrência da inflamação e do ato de coçar, a pele pode ser infectada secundariamente por estafilococos (geralmente *Staphylococcus*

Agudo

aureus) ou por estreptococos (geralmente *Streptococcus pyogenes*).^[11]

» O tratamento com antibióticos orais ou antimicrobianos tópicos é eficaz.

» No Reino Unido, a tetraciclina e a doxiciclina são licenciadas para o uso em crianças com 12 anos de idade ou mais.

Recomendações

Monitoramento

O monitoramento não é necessário na maioria dos casos. Em raras circunstâncias, nas quais as lesões não reemitam espontaneamente, devem ser considerados o acompanhamento e a avaliação para causas alternativas.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser informados de que a resolução das picadas de percevejos de cama requer a eliminação dos insetos de seus ambientes. O tratamento sintomático pode ser fornecido, se necessário. Os pacientes devem ser alertados a evitar coçar as lesões e a manter a área limpa e seca para reduzir o risco de superinfecção bacteriana. Eles devem ser informados de que há poucas evidências que dão suporte a qualquer papel da infestação por percevejos de cama na transmissão de doenças como infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou hepatite B.[2]

Todas as roupas ou roupas de cama devem ser lavadas. Se houver infestação de percevejos de cama na casa/moradia do paciente, ele deve ser aconselhado que a erradicação é essencial. Todas as áreas onde os percevejos de cama possam ser encontrados (por exemplo, móveis, fendas em paredes e colchões) devem ser inspecionadas e limpas. Entretanto, cada vez mais, a desinsetização profissional é necessária.[2] [5] Informações estão disponíveis aos pacientes.[31]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
anafilaxia	variável	baixa
<p>Anafilaxia em resposta a picadas de percevejos de cama é rara, mas já foi relatada.[2] [16] [27]</p> <p>Tipicamente, ela manifesta erupção cutânea urticariforme disseminada, sibilância, estridor inspiratório e hipotensão.</p> <p>Assegurar as vias aéreas e iniciar o tratamento imediato com adrenalina é fundamental como cuidado de suporte (oxigênio suplementar e fluidoterapia intravenosa [IV]).</p>		
asma	variável	baixa
<p>Vários casos de asma induzida por picadas de percevejos de cama foram relatados.[2] [7]</p> <p>Tipicamente, ela manifesta dispneia, sibilância, tosse e constrição torácica.</p> <p>Pode ser necessária a administração precoce de broncodilatadores e corticosteroides com oxigênio suplementar.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
vetor de doenças transmitidas por sangue	variável	baixa
<p>Percevejos de cama teoricamente são vetores de uma variedade de patógenos humanos, incluindo doença de Chagas em áreas endêmicas, infecção por vírus da hepatite B (HBV) e infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).^{[2] [5] [24]}</p> <p>Entretanto, a probabilidade de os percevejos de cama serem um vetor verdadeiro de tais doenças é baixa. A maioria dos dados sugere que percevejos de cama não transmitem o HBV ou são vetores ineficientes.^{[2] [8] [28] [29]} Há poucos dados que sugiram qualquer risco de doença de Chagas ou infecção por HIV.^[2]</p> <p>Há uma crescente preocupação de que os percevejos de cama que carregam <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilicina (MRSA) ou enterococos resistentes à vancomicina (ERV) possam ser um vetor de transmissão dessas infecções; no entanto, pesquisas adicionais são necessárias.^[30]</p>		

Prognóstico

A reação localizada às picadas de percevejos de cama é autolimitada e geralmente dura dias a semanas.^[26] A recorrência das lesões depende da eliminação da infestação do ambiente de moradia. Quando um indivíduo é picado repetidas vezes, ele é mais propenso a ter reações mais intensas.^{[16] [27]}

Artigos principais

- Goddard J, deShazo R. Bedbugs (*Cimex lectularius*) and clinical consequences of their bites. JAMA. 2009 Apr 1;301(13):1358-66. [Texto completo](#)
- Thomas I, Kihiczak GG, Schwartz RA, et al. Bedbug bites: a review. Int J Dermatol. 2004 Jun;43(6):430-3.
- Kolb A, Needham GR, Neyman KM, et al. Bedbugs. Dermatol Ther. 2009;22:347-352.

Referências

1. Steen CJ, Carbonaro PA, Schwartz RA. Arthropods in dermatology. J Am Acad Dermatol. 2004;50:819-842.
2. Goddard J, deShazo R. Bedbugs (*Cimex lectularius*) and clinical consequences of their bites. JAMA. 2009 Apr 1;301(13):1358-66. [Texto completo](#)
3. Reinhardt K, Siva-Jothy MT. Biology of the bedbugs (Cimicidae). Ann Rev Entomol. 2007;52:351-74.
4. Potter M. Bed bugs. University of Kentucky, Cooperative Extension Service. Online entfact - 636. 2008. <http://www.ca.uky.edu> [internet publication]. [Texto completo](#)
5. Thomas I, Kihiczak GG, Schwartz RA, et al. Bedbug bites: a review. Int J Dermatol. 2004 Jun;43(6):430-3.
6. Heukelbach J, Hengge UR. Bed bugs, leeches and hookworm larvae in the skin. Clin Dermatol. 2009 May-Jun;27(3):285-90.
7. Heymann WR. Bedbugs: a new morning for the nighttime pests. J Am Acad Dermatol. 2009 Mar;60(3):482-3.
8. Kolb A, Needham GR, Neyman KM, et al. Bedbugs. Dermatol Ther. 2009;22:347-352.
9. Moore DJ, Miller DM. Laboratory evaluations of insecticide product efficacy for control of *Cimex lectularius*. J Econ Entomol. 2006;99:2080-2086.
10. Doggett SL. A code of practice for the control of bed bug infestations in Australia. May 2010. <http://medent.usyd.edu.au> (last accessed 11 May 2016). [Texto completo](#)
11. Burnett JW, Calton GJ, Morgan RJ. Bedbugs. Cutis. 1986;38:20.
12. Abdel-Naser MB, Lotfy RA, Sayed Ali NM, et al. Patients with papular urticaria have IgG antibodies to bedbug (*Cimex lectularius*) antigens. Parasitol Res. 2006;98:550-556.
13. Liebold K, Schliemann-Willers S, Wollina U. Disseminated bullous eruption with systemic reaction caused by *Cimex lectularius*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2003;17:461-463.

14. Leverkus M, Jochim RC, Schäd S, et al. Bullous allergic hypersensitivity to bedbug bites mediated by IgE against salivary nitrophorin. *J Invest Dermatol.* 2006;126:91-96. [Texto completo](#)
15. Aoki V, Millikan RC, Diaz LA, et al. Environmental risk factors in pemphigus foliaceus (fogo selvagem). *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9:34-40.
16. Krause-Parello CA, Sciscione P. Bedbugs: an equal opportunist and cosmopolitan creature. *J Sch Nurs.* 2009;25:126-132.
17. United States Environmental Protection Agency. Protecting your home from bed bugs. Sept 2014. <http://www.epa.gov/> (last accessed 11 May 2016). [Texto completo](#)
18. Wang C, Gibb T, Bennett GW, McKnight S. Bed bug (Heteroptera: Cimicidae) attraction to pitfall traps baited with carbon dioxide, heat, and chemical lure. *J Econ Entomol.* 2009;102:1580-1585.
19. DeShazo RD, Feldlaufer MF, Mihm MC Jr, et al. Bullous reactions to bedbug bites reflect cutaneous vasculitis. *Am J Med.* 2012;125:688-694. [Texto completo](#)
20. Doggett SL, Dwyer DE, Peñas PF, et al. Bed bugs: clinical relevance and control options. *Clin Microbiol Rev.* 2012;25:164-192.
21. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr., et al. *Lever's histopathology of the skin.* 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
22. Davis RF, Johnston GA, Sladden MJ. Recognition and management of common ectoparasitic diseases in travelers. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10:1-8.
23. Wang C, Tsai WT, Cooper R, et al. Effectiveness of bed bug monitors for detecting and trapping bed bugs in apartments. *J Econ Entomol.* 2011;104:274-278.
24. Scarupa MD, Economides A. Bedbug bites masquerading as urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;117:1508-1509.
25. Myamba J, Maxwell CA, Asidi A, et al. Pyrethroid resistance in tropical bedbugs, *Cimex hemipterus*, associated with use of treated bednets. *Med Vet Entomol.* 2002;16:448-451.
26. Ter Poorten MC, Prose NS. The return of the common bedbug. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:183-187.
27. Fletcher CL, Ardern-Jones MR, Hay RJ. Widespread bullous eruption due to multiple bed bug bites. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:74-75.
28. Silverman AL, Qu LH, Walker ED, et al. Assessment of hepatitis B virus DNA and hepatitis C virus RNA in the common bedbug (*Cimex Lectularius* L.) and kissing bug (*Rodnius prolixus*). *Am J Gastroenterol.* 2001;96:2194-2198.
29. Blow JA, Turell MJ, Walker ED, et al. Stercorarial shedding and transtadial transmission of hepatitis B virus by common bedbugs (Hemiptera: Cimicidae). *J Med Entomol.* 2001;38:694-700.

30. Lowe CF, Romney MG. Bedbugs as vectors for drug-resistant bacteria. Emerg Infect Dis. 2011;17;1132-1134. [Texto completo](#)
31. Hildreth CJ, Burke AE, Glass RM. JAMA patient page. Bed bugs. JAMA. 2009;301:1398. [Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Cimex lectularius, coletado em um hotel na área urbana de Geórgia

Cortesia do CDC



Figura 2: Cimex lectularius

Cortesia do CDC



Figura 3: Picadas de percevejos de cama mostrando várias pápulas eritematosas

Do acervo didático dos colaboradores (Julian J. Trevino, David R. Carr, Suzanne L. Dundon); usado com permissão



Figura 4: Distribuição linear das pápulas

Do acervo didático dos colaboradores (Julian J. Trevino, David R. Carr, Suzanne L. Dundon); usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Julian J. Trevino, MD

Professor of Dermatology
Chair, Department of Dermatology, Boonshoft School of Medicine, Wright State University, Dayton, OH
DIVULGAÇÕES: JJT declares that he has no competing interests.

Suzanne L. Dundon, MD

Resident
Department of Internal Medicine, Boonshoft School of Medicine, Wright State University, Dayton, OH
DIVULGAÇÕES: SLD declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Julian Trevino and Dr Suzanne Dundon would like to gratefully acknowledge Dr David Carr, a previous contributor to this monograph. DRC declares he has no competing interests

// Colegas revisores:

Richard deShazo, MD

Chairman and Professor
Department of Medicine, Professor of Pediatrics, Billy S. Guyton Distinguished Professor, University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS
DIVULGAÇÕES: RD declares that he has no competing interests.

Xuan Nguyen, MD

Faculty Physician
Dermatology and Pediatric Dermatology, Phoenix Children's Hospital, Phoenix, AZ
DIVULGAÇÕES: XN declares that she has no competing interests.

Ian F. Burgess, MSc, MPhil

Professor
Director, Medical Entomology Centre, University of Cambridge, Cambridge, UK
DIVULGAÇÕES: IFB has been a consultant to various manufacturers of pharmaceutical products, alternative therapies, and combs for treating louse infections. IFB is an author of several references cited in this monograph.