

BMJ Best Practice

Escabiose

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	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	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Acompanhamento	23
Recomendações	23
Complicações	23
Prognóstico	24
Diretrizes	25
Diretrizes de tratamento	25
Nível de evidência	26
Referências	27
Imagens	30
Aviso legal	33

Resumo

- ◇ Altamente contagiosa por meio de contato direto com a pele; observada mais comumente em condições de superlotação e em países em desenvolvimento.
- ◇ Causada por infestação por *Sarcoptes scabiei*, um ácaro de 0.3 a 0.5 mm que pode escavar e depositar ovos no estrato córneo de humanos.
- ◇ A visualização microscópica dos ácaros, de seus ovos ou fezes em raspagens cutâneas é útil, mas não essencial para o início do tratamento.
- ◇ As opções de tratamento mais populares incluem permetrina tópica e ivermectina oral.
- ◇ Considerada principalmente como um incômodo em países desenvolvidos. Crianças em países em desenvolvimento podem contrair infecção por estreptococos secundária em suas lesões cutâneas, apresentando complicações potenciais de doença reumática cardíaca ou glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Definição

A escabiose é causada por infestação pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei*, um ácaro que faz escavações no estrato córneo de humanos. A disseminação ocorre principalmente por contato direto com um indivíduo com escabiose. Os sinais clínicos para o diagnóstico incluem prurido intenso e escavações eritematosas, particularmente nos membros, ou pápulas eritematosas e nódulos em qualquer outro local, como nas axilas ou na área genital. Raramente, pode se manifestar no pescoço e couro cabeludo. O diagnóstico é baseado na história e na aparência clínica.[1]

Epidemiologia

A escabiose é endêmica em certas populações, mas pode ser observada de maneira episódica ou em epidemias em outras populações. A prevalência da escabiose é estimada em 300 milhões de casos em todo o mundo. Entretanto, esse número varia geograficamente e em certas comunidades, em particular nas subtropicais e em desenvolvimento, nas quais a prevalência pode se aproximar de 50%. As taxas mais altas de escabiose endêmica são observadas entre pessoas da região do Pacífico Ocidental, incluindo crianças fijianas e aborígenes australianos.[3] Condições de superlotação e pobreza estão associadas a uma prevalência mais alta de escabiose. A escabiose tende a atingir o pico de incidência em estações mais frias, provavelmente devido ao aumento da aglomeração de pessoas e à sobrevivência prolongada dos ácaros fora de seus hospedeiros em temperaturas mais amenas. Crianças e idosos são afetados com maior frequência. Não há predominância étnica ou de gênero. A escabiose norueguesa ou crostosa é observada principalmente em pacientes imunossuprimidos.[4]

Etiologia

A escabiose é causada por infecção pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei*, da variedade *hominis*. Este ácaro de 0.3 a 0.5 mm faz escavações na epiderme e cria túneis no estrato córneo, colocando de 2 a 4 ovos por dia. Os ovos produzem larvas que eclodem em 2 a 4 dias e se desenvolvem em ácaros adultos em aproximadamente 2 semanas. A carga parasitária média de um indivíduo infestado é de 10 a 12 ácaros. A transmissão ocorre primariamente por contato direto ou prolongado pele-a-pele, embora possa ocorrer transmissão por meio de roupas e cama compartilhadas. Os ácaros podem viver fora de seu hospedeiro por cerca de 24 a 36 horas. A sobrevivência é prolongada em temperatura ambiente mais amena e umidade mais alta. Entretanto, os ácaros perdem a capacidade de infestação quanto mais tempo estiverem fora do hospedeiro. Em adultos jovens, a transmissão geralmente é sexual. Os pacientes com carga parasitária mais elevada são mais infecciosos. Pacientes imunossuprimidos (por exemplo, em decorrência de vírus da imunodeficiência humana [HIV], infecção por vírus-T linfotrópico humano do tipo 1 [HTLV-1], malignidade, supressão iatrogênica ou hanseníase) podem desenvolver a sarna norueguesa ou crostosa. A pele desses pacientes pode conter milhares a milhões de ácaros altamente contagiosos.[5]

[Fig-1]

[Fig-2]

Fisiopatologia

As escavações lineares observadas na pele de pacientes com escabiose são causadas diretamente pelo tunelamento dos ácaros, embora geralmente sejam visíveis apenas quando se tornam eritematosas. O

prurido, o eritema, as pápulas e os nódulos observados em indivíduos afetados são decorrentes da resposta imune do hospedeiro contra o ácaro, explicando por que os sinais e sintomas surgem 3 a 4 semanas após a infestação inicial, mas dentro de um dia após uma reinfestação. A resposta imune é do tipo Th2, caracterizada por produção elevada de interleucina (IL)-4 e imunoglobulina E (IgE). A imunidade parece oferecer alguma proteção contra a escabiose, já que pode ser difícil haver reinfestação de pacientes sensibilizados no cenário experimental.[5]

Classificação

Variantes clínicas

A escabiose crostosa (scabies crustosa, sarna norueguesa) é uma forma característica e altamente contagiosa de escabiose que tipicamente ocorre em pacientes com história de imunossupressão, distúrbios neurológicos ou institucionalização. Clinicamente, os pacientes apresentam placas eritematosas descamativas no tronco e membros, além de placas hiperqueratósicas nas palmas das mãos e solas dos pés, com distrofia ungueal associada.[2]

Prevenção primária

As epidemias de escabiose são mais bem contidas e prevenidas pela identificação e tratamento precoces dos indivíduos afetados e de seus contatos próximos. Além disso, é necessária uma educação detalhada para prevenir a reinfestação de indivíduos tratados a partir de roupas ou camas contaminadas ou de contatos que não foram devidamente tratados.

Prevenção secundária

É recomendado o tratamento concomitante das pessoas que tiveram contato sexual ou contato domiciliar com o paciente durante o mês que precedeu o diagnóstico para prevenir a reinfestação. Imediatamente após qualquer tratamento, todos os lençóis e roupas devem ser lavados em água com temperatura igual ou superior a 60 °C (≥ 140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação. Roupas ou objetos que não puderem ser lavados devem ser colocados em um saco lacrado por 1 semana.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um residente de uma instituição asilar de 75 anos de idade apresenta uma história de 2 meses de pápulas eritematosas intensamente pruriginosas em seu tronco, virilha e membros. Ele afirma que o prurido se agrava à noite. Ele foi tratado com esteroides tópicos e anti-histamínicos orais sem apresentar melhora. Outros residentes da instituição asilar apresentam queixas similares.

Caso clínico #2

Um garoto de 5 anos de idade que frequenta o jardim de infância apresenta uma história de 2 semanas de prurido generalizado e pápulas eritematosas nos espaços interdigitais, axilas e virilha. Em decorrência da repetida atividade de se coçar, muitas das lesões apresentam crostas secundárias de coloração mel. Nenhum outro membro familiar foi afetado.

Outras apresentações

A escabiose norueguesa, ou crostosa, é observada principalmente em pacientes imunocomprometidos ou institucionalizados, ou naqueles com distúrbios neurológicos como a síndrome de Down. É caracterizada por lesões hiperqueratósicas, predominantemente nas palmas das mãos e solas dos pés, que contêm milhares a milhões de ácaros.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é feito depois do surgimento dos principais fatores clínicos juntamente com microscopia de raspagens da pele.

História

Os pacientes com escabiose quase sempre se queixam de prurido, particularmente à noite. Apesar de o sintoma clássico ser prurido intenso com piora à noite, essa hora não é específica da escabiose. Isso ocorre com muitas das doenças pruriginosas, pois os pacientes tipicamente estão mais distraídos durante o dia.

Uma história de contato próximo com um indivíduo com escabiose ou de prurido em outros membros familiares deve levantar suspeita de escabiose. Outros fatores na história podem incluir imunossupressão, idade inferior a 15 anos ou acima de 65 anos, condições de superlotação, institucionalização, distúrbios neurológicos e má higiene.^[1]

Exame físico

Os pacientes podem apresentar lesões lineares, pápulas ou nódulos. Nódulos são particularmente comuns no pênis. Escavações lineares geralmente são observadas nos espaços interdigitais.^[1]

Lesões espessas e crostosas que ocorrem nos cotovelos, joelhos, mãos e pés, com unhas distróficas, são características da sarna crostosa ou norueguesa, a qual é mais comumente observada em pacientes imunocomprometidos.

O teste de tinta na escavação também pode ser útil no diagnóstico.[12] Uma lesão suspeita é marcada com uma caneta cirúrgica marcadora na cor roxa. Depois, a tinta é removida com álcool isopropílico e revela uma escavação linear nos casos de escabiose.

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

Microscopia

A preparação do ectoparasita a partir de raspagens cutâneas de pápulas ou escavações de pacientes infestados pode revelar ácaros, seus ovos ou matéria fecal. As pápulas ou lesões lineares devem ser raspadas com um bisturi de lâmina número 15 que antes foi mergulhado em parafina líquida. Várias lesões (4 ou mais) devem ser raspadas de cada paciente. A raspagem deve ser suficiente para provocar sangramento. A parafina líquida, em vez de hidróxido de potássio, deve ser usada porque este último pode de fato dissolver a matéria fecal dos ácaros. Embora esses achados sejam diagnósticos de escabiose e este seja um procedimento recomendado para todos os pacientes com suspeita de escabiose, eles não são necessários para o início do tratamento em casos em que a suspeita clínica é alta.[4]

A microscopia óptica por epiluminescência, ou dermatoscopia, é uma novidade na investigação que tem a vantagem de ser barata e não invasiva.[13] A dermatoscopia demonstrou ser um método preciso para o diagnóstico, quando realizado por um profissional devidamente treinado.[12] Ela emprega um dispositivo operado manualmente que amplia a pele de maneira que a cor e a estrutura da epiderme, da junção dermoepidérmica e da derme papilar tornam-se visíveis. No dermatoscópio, o ácaro da escabiose é visualizado como uma forma triangular ou circunflexa característica localizada em uma extremidade da escavação linear.[14]

[Fig-1]

[Fig-6]

[Fig-7]

Biópsia de pele

A biópsia da pele pode ser realizada se a preparação do ectoparasita for negativa, a fim de se buscar um diagnóstico alternativo. Entretanto, é raro observar um ácaro no espécime da biópsia, e o infiltrado eosinofílico observado na maioria das biópsias é inespecífico e insuficiente para o diagnóstico.[15]

Fatores de risco

Fortes

condições de superlotação/pobreza

- Assim como outras doenças infecciosas, a escabiose é transmitida por contato e, portanto, é uma doença característica de locais com superlotação e pobreza, as quais geralmente são concomitantes.[6]
- Um estudo brasileiro mostrou que a escabiose foi duas vezes mais prevalente em uma área de desenvolvimento habitacional urbano com superlotação que em uma comunidade rural de pesca onde as famílias viviam em casas maiores, apesar do status socioeconômico semelhante de ambas as populações.[7] A escabiose é endêmica em comunidades pobres como vilas suburbanas desfavorecidas, onde até 9% da população e 19% daqueles que frequentam a unidade básica de saúde são infestados.[8]

morar em alojamentos próximos com outras pessoas infectadas

- Os surtos tendem a ocorrer em instituições asilares, unidades de cuidados de longa permanência, quartéis militares, prisões e escolas.[8]

idade abaixo de 15 anos ou acima de 65 anos

- Bebês e crianças são particularmente suscetíveis à infecção devido ao contato próximo com outras crianças e adultos, em casa e na escola.[9] Crianças e idosos são mais suscetíveis à infecção devido ao sistema imunológico relativamente mais fraco.

contato sexual com parceiros novos ou múltiplos

- Em adultos, o contato sexual é um modo relativamente comum de transmissão.[8]

imunossupressão

- Pacientes com doenças imunossupressoras, como vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus linfotrófico humano de células T do tipo 1 (HTLV-1), hanseníase, leucemia e linfoma de células T, ou aqueles que estão tomando medicamentos imunossupressores, têm risco de desenvolver sarna norueguesa ou crostosa em decorrência do comprometimento da imunidade celular.[10]

Fracos

higiene precária

- O papel de uma má higiene pode ser superestimado. A escabiose não é influenciada por práticas higiênicas ou por disponibilidade de água. Isso é demonstrado pela ocorrência de surtos em instituições com altos padrões de higiene e pela ocorrência regular de escabiose entre os indígenas Cuna no Panamá, uma população na qual a higiene pessoal diária rigorosa é uma prática tradicional.[6]

contato com um animal infectado

- Animais domésticos e selvagens raramente transmitem escabiose a humanos. Nesses casos, os ácaros geralmente não vivem mais que alguns dias e a infestação é autolimitada.[5]

contato com roupas, toalhas e cama contaminadas

- Apesar da crença comum, a escabiose não é adquirida de maneira frequente por meio de roupas, toalhas e cama contaminadas. Um estudo mostrou que foi necessário o contato corporal direto entre as pessoas para que houvesse a transmissão da escabiose. Apenas 4 novos casos resultaram de 272 tentativas de infectar voluntários que deitaram em leitos dos quais pacientes infectados com

escabiose tinham acabado de se levantar.[11] Isso sugeriu que as roupas ou os ácaros que caíram no chão eram meios improváveis de infestação na escabiose clássica. Entretanto, esse estudo foi limitado a adultos jovens, e é possível que esses meios de disseminação sejam mais importantes em pacientes pediátricos ou idosos.

estação do inverno

- Em um estudo epidemiológico do Reino Unido, a escabiose foi mais prevalente no inverno que no verão. A maior frequência de surtos no inverno pode ser decorrente do fato de que os ácaros sobrevivem por mais tempo fora do corpo em climas mais amenos, e de que temperaturas mais frias estimulam a aglomeração de pessoas. Os ácaros também podem ser sensíveis aos peptídeos antimicrobianos contidos no suor humano, resultando em infestação reduzida em climas quentes.[8]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

bebês, crianças e idosos (comum)

- Bebês e crianças são particularmente suscetíveis à infecção devido ao contato próximo com outras crianças e adultos, em casa e na escola.[9] Crianças e idosos são mais suscetíveis à infecção devido ao sistema imunológico relativamente mais fraco.

história de superlotação (comum)

- Os pacientes podem relatar terem estado em instituições asilares, hospitais, unidades de cuidados de longa permanência ou escolas.[5]

história de prurido em membros familiares ou contatos próximo no mesmo período (comum)

- Frequentemente, os membros familiares e contatos próximos serão afetados de forma similar. Além disso, o contato sexual com parceiros novos ou múltiplos é um fator de risco.

prurido generalizado e intenso, tipicamente com piora à noite (comum)

- O prurido, o resultado de uma reação de hipersensibilidade à saliva, ovos e matéria fecal dos ácaros, é uma característica marcante da escabiose.

escavações (comum)

- Patognomônico; linhas onduladas, semelhantes a fios e acinzentadas na superfície da pele que podem ter uma pequena vesícula com ponto preto na extremidade; mais comumente encontradas nos dedos, punhos e pênis.

[Fig-4]

pápulas, vesículas, escoriações (comum)

- Pápulas eritematosas simétricas, vesículas e escoriações nos espaços interdigitais, na aréola, em áreas periumbilicais e nos genitais masculinos; tipicamente não ocorre na face em adultos.

teste de tinta na escavação positivo (comum)

- O teste de tinta na escavação também pode ser útil no diagnóstico.[12] Uma lesão suspeita é marcada com uma caneta cirúrgica marcadora na cor roxa. Depois, a tinta é removida com álcool isopropílico e revela uma escavação linear nos casos de escabiose.

Outros fatores de diagnóstico

pápulas na face, pescoço, palmas das mãos e solas dos pés em crianças (comum)

- Embora incomuns em adultos, lesões na face e pescoço são relativamente comuns em crianças.

imunossupressão (incomum)

- Pacientes com condições imunossupressoras, como vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus-T linfotrófico humano do tipo 1 (HTLV-1), hanseníase, leucemia e linfoma de células T, ou aqueles que estão tomando medicamentos imunossupressores, podem apresentar risco elevado de desenvolver escabiose.[16] [17]

bolhas (incomum)

- Manifestação rara, mas há relatos de que a escabiose mimetiza clinicamente o penfigoide bolhoso em alguns casos.[18]

lesões espessas e crostosas que ocorrem nos cotovelos, joelhos, mãos e pés, com unhas distróficas (incomum)

- Manifestação da escabiose norueguesa/crostosa, mais comum em pacientes imunossuprimidos e com distúrbios de desenvolvimento como a síndrome de Down. Linfadenopatia e eosinofilia podem estar presentes. Muito contagiosas, devido à alta carga parasitária.[4]

[Fig-5]

nódulos (incomum)

- Nódulos pruriginosos violáceos nas axilas, virilha e genitais masculinos. Representam uma reação de hipersensibilidade aos antígenos do ácaro e podem persistir por semanas ou meses após o tratamento.[4]

[Fig-3]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<p>preparação do ectoparasita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizada em qualquer paciente com suspeita de escabiose, mas não deve atrasar o tratamento se houver alto índice de suspeita clínica. A especificidade é de 100% se um ácaro for observado; a sensibilidade geralmente é <50% e depende do nível de experiência do clínico.[4] <p>[Fig-1]</p> <p>[Fig-6]</p>	<p>presença de ácaros, ovos ou material fecal</p>

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> A biópsia da pele pode ser realizada a fim de se buscar um diagnóstico alternativo, caso o ectoparasita seja negativo. Entretanto, é raro observar um ácaro no espécime da biópsia, e o infiltrado eosinofílico observado na maioria das biópsias é inespecífico e insuficiente para o diagnóstico.[15] 	presença de ácaro, infiltrado eosinofílico; raramente, ovos e material fecal de ácaros são encontrados

Novos exames

Exame	Resultado
microscopia óptica por epiluminescência <ul style="list-style-type: none"> Esta é uma técnica que apresenta 93% de sensibilidade no diagnóstico de casos clinicamente suspeitos de escabiose. Tem a vantagem de ser um exame não invasivo e de baixo custo.[13] Demonstrou ser um método preciso para o diagnóstico, quando realizado por um profissional devidamente treinado.[12] 	presença de ácaros indicada por pequenas estruturas triangulares escuras localizadas em uma extremidade da escavação linear.

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Impetigo	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre com maior frequência na primeira infância. Máculas, que evoluem para vesículas e formam crostas amarelo-douradas. Geralmente afeta áreas expostas na face, mãos e membros. 	<ul style="list-style-type: none"> Biópsia: pústulas subcorneanas cheias de neutrófilos e células acantolíticas ocasionais. Algumas vezes, podem ser identificados cocos Gram-positivos na pústula ou na superfície das crostas. O infiltrado dérmico geralmente contém linfócitos perivascularares e neutrófilos.[19] [20]
Dermatite xerótica	<ul style="list-style-type: none"> Áreas simétricas de xerose com escama difusa. Piora em intensidade distalmente (antebraços > braços proximais). Escavações lineares não observadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Foliculite	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas ou pústulas eritematosas em diversos folículos no tórax e costas. • Nenhuma escavação observada no exame físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biópsia: infiltrados intra e perifoliculares ricos em neutrófilos. É comum a ruptura folicular com infiltrados mistos e tecido de granulação. Microrganismos bacterianos e fúngicos podem ser observados.[19][20]
Dermatite alérgica de contato	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ter uma exposição suspeita. • Distribuição característica dependendo do local de contato com o alérgeno. • Geralmente caracterizada por descamação sem escavações. • O prurido tende a não aumentar à noite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há exames de diferenciação.
Dermatite herpetiforme	<ul style="list-style-type: none"> • Erupções recidivantes crônicas de papulovesículas pruriginosas, agrupadas simetricamente no couro cabeludo, pescoço, extensores e nádegas. • Pode apresentar sintomas gastrointestinais consistentes com a doença celíaca.[21] 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia da dermatite herpetiforme irá mostrar neutrófilos nas papilas dérmicas em seções de coloração de hematoxilina e eosina (H&E) e focos granulares de imunoglobulina A (IgA) nas pontas papilares dérmicas em imunofluorescência direta.[21]
Penfigoide bolhoso	<ul style="list-style-type: none"> • Bolhas rígidas no tronco e/ou membros. • A preparação de escabiose, biópsia para H&E e imunofluorescência são úteis para distinguir essas afecções. 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia do penfigoide bolhoso irá mostrar uma bolha subepidérmica com um infiltrado predominantemente eosinofílico em coloração H&E, e a imunofluorescência direta da pele perilesional irá mostrar imunoglobulina G (IgG) e C3 na junção dermoepidérmica.[22]
Pápulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões e pápulas urticariformes observadas em gestantes no terceiro trimestre. • Associadas a um ganho de peso acima da média e à distensão abdominal. • Começa em estrias abdominais e poupa o umbigo.[23] 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Mordidas de pulgas	<ul style="list-style-type: none"> É comum a exposição a animais de estimação ou outro animal com infestação de pulgas. Manifesta-se com papulovesículas pruriginosas mais comumente confinadas aos membros inferiores. Escavações lineares não são observadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.

Abordagem passo a passo do tratamento

O paciente e seus contatos próximos, mesmo aqueles que são assintomáticos, devem ser imediatamente tratados com agentes tópicos e/ou escabícida de eficácia comprovada.

As opções de tratamento incluem as seguintes:

- Creme de permetrina
- Ivermectina oral
- Creme ou loção de lindano
- Loção de enxofre
- Loção de malation
- Loção tópica de ivermectina.

A permetrina e o lindano são os 2 tratamentos tópicos mais comumente estudados para a escabiose. O benzoato de benzila também é usado.

É importante que contatos sexuais, contatos pessoais próximos e contatos domiciliares também sejam tratados, independentemente de os sintomas estarem ou não presentes, já que os indivíduos podem estar infestados sem apresentar sintomas. Além disso, roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥ 140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

Anti-histaminícos como a hidroxizina são úteis para fornecer alívio aos sintomas e são seguros para uso em crianças e gestantes.

Escabiose não crostosa

A permetrina é mais efetiva para minimizar falhas no tratamento e para aliviar o prurido em comparação com o lindano. Evidências sugerem que a permetrina é superior em eficácia em relação ao lindano e à loção de enxofre.[24] [25] 1[B]Evidence Devido à eficácia limitada do lindano tópico em comparação com permetrina e a raros casos de neurotoxicidade associada, o lindano não é mais considerado um agente de primeira linha. De acordo com as diretrizes do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o creme de permetrina e ivermectina são as terapias de primeira linha, e o lindano é uma alternativa.[27] Diretrizes europeias recomendam o uso de creme de permetrina, loção de benzoato de benzila, ivermectina, piretrinas sinérgicas à base de espuma ou enxofre tópico. O lindano não é mais recomendado na Europa.[28] A loção de ivermectina tópica parece apresentar eficácia similar à permetrina e à ivermectina oral e pode ser usada como alternativa em relação a outras terapias tópicas.[29] [30] [31]

O uso de ivermectina oral é uma alternativa efetiva, barata e conveniente à permetrina no tratamento da escabiose.[24] [32] [25] [33] 2[B]Evidence Embora evidências sugiram que a ivermectina oral seja menos eficaz que a permetrina,[34] taxas de cura similares foram demonstradas se uma segunda dose de ivermectina for administrada 1 a 2 semanas após o tratamento inicial.[32] [33] 3[B]Evidence

A ivermectina oral é recomendada a pacientes que não toleram ou que provavelmente não terão adesão terapêutica ao esquema tópico.

Malation não foi amplamente estudado no tratamento da escabiose.[24]

Sarna crostosa/norueguesa

Em decorrência da alta carga parasitária, é recomendado que seja administrado um ciclo de 3, 5 ou 7 dias (dependendo da gravidade da infecção) de ivermectina oral em associação à permetrina tópica, aplicada a cada 2-3 dias durante 1-2 semanas até que todas as escamas e crostas tenha desaparecido.[25] O benzoato de benzila também pode ser usado como alternativa à permetrina, se disponível. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças recomendam a aplicação diária de permetrina por 7 dias, seguida pela aplicação em uma frequência de duas vezes por semana até que a cura seja obtida, associada a tratamento com ivermectina oral;[27] porém, esse esquema pode causar irritação cutânea, a qual pode ser intolerável ao paciente.

Os pacientes também devem aplicar ceratolíticos como creme de ureia.[2] O creme de ureia deve ser aplicado duas vezes ao dia (exceto à noite quando a permetrina é aplicada) para diminuir a hiperqueratose; o creme de permetrina deve ser aplicado à noite, uma vez por semana até que as crostas melhorem.

Crianças

O creme de permetrina a 5% é a modalidade de tratamento mais segura e efetiva em crianças; no entanto, não é aprovada para lactentes com menos de 2 meses de idade. Nesses casos, enxofre a 6% em vaselina é o tratamento de primeira escolha.[1]

Gestantes e lactantes

De acordo com a ficha técnica, há dados limitados disponíveis sobre o uso de creme de permetrina durante a gestação e nenhum risco elevado ao feto. Portanto, o produto é recomendado como tratamento de primeira escolha para a escabiose durante a gravidez.

Falhas no tratamento

Podem ser secundárias em relação às seguintes condições:

- Aplicação inapropriada ou inadequada dos agentes tópicos
- Reinfestação
- Resistência.

Todos os pacientes devem ser reavaliados em 1 mês.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo

(resumo)

**adultos não gestantes/não lactantes
ou crianças acima dos 5 anos de
idade**

■	escabiose não crostosa	1a	permetrina ou ivermectina
		2a	malation ou benzoato de benzila

Agudo			(resumo)
■ escabiose (norueguesa) crostosa	1a	terapia combinada de permetrina ou benzoato de benzila associado à ivermectina	
	mais	ceratolítico	
bebês e crianças de 2 meses a 5 anos de idade e gestantes ou lactantes			
	1a	permetrina	
	2a	compostos com enxofre de 10% a 25%	
lactentes com menos de 2 meses de idade			
	1a	enxofre a 6% em vaselina	

Opções de tratamento

Agudo

adultos não gestantes/não lactantes
ou crianças acima dos 5 anos de
idade

■ escabiose não crostosa

1a

permetrina ou ivermectina

Opções primárias

» **permetrina tópica:** (5%) aplicar do pescoço para baixo, incluindo as solas dos pés, lavar após 8-14 horas; pode ser necessário repetir o tratamento aos 10-14 dias se houver evidências de ácaros vivos

Opções secundárias

» **ivermectina:** 200 microgramas/kg por via oral em dose única, seguidos por um segundo ciclo de tratamento em 10 dias

OU

» **ivermectina tópica:** (0.5%) consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» O tratamento deve ser administrado a adultos com escabiose para aliviar o desconforto das erupções cutâneas e do prurido a fim de prevenir a transmissão a outras pessoas. O tratamento deve ser administrado no momento do diagnóstico. O creme de permetrina geralmente é bastante seguro, apresentando um baixo nível de toxicidade e baixa taxa de absorção percutânea. Um estudo mostrou que a permetrina foi associada a uma taxa mais baixa de prurido pós-tratamento em comparação à ivermectina.^[24] Devido ao fato de ser necessário cobrir todo o corpo do pescoço para baixo, o uso insuficiente pode ser uma barreira ao tratamento efetivo. Os médicos devem alertar os pacientes a se certificarem de aplicar a permetrina em todas as áreas, incluindo entre os dedos dos pés e mãos, na virilha e debaixo das unhas. A permetrina não deve ser usada em pacientes alérgicos ao crisântemo.

» A ivermectina geralmente é administrada por via oral e pode ser preferida se houver um grande número de pacientes a serem tratados (por exemplo, uma instituição asilar inteira). A terapia oral é significativamente mais fácil de ser

Agudo

administrada que a terapia tópica, de modo que a adesão terapêutica é mais alta.

» É importante que os parceiros sexuais e pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

2a malation ou benzoato de benzila

Opções primárias

» **malation tópico:** (0.5%) aplicar em todo o corpo, lavar após 8-12 horas; reaplicar em 10-14 dias

Opções secundárias

» **benzoato de benzila:** consulte a bula do produto para obter orientação quanto à posologia

» Esses tratamentos podem ser escolhidos se o paciente tiver alergia ou contraindicações em relação à ivermectina ou à permetrina, ou se o alto custo desses agentes de primeira linha for um problema.[24]

» É importante que os parceiros sexuais e pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

1a terapia combinada de permetrina ou benzoato de benzila associado à ivermectina

Opções primárias

» **permetrina tópica:** (5%) aplicar do pescoço para baixo, incluindo as solas dos pés, lavar após 8-14 horas; repetir a cada 2-3 dias durante 1-2 semanas
-ou-

■ escabiose (norueguesa) crostosa

1a

Agudo

» **benzoato de benzila**: (5 ou 25%) aplicar do pescoço para baixo, incluindo as solas dos pés, lavar após 8-14 horas; repetir a cada 2-3 dias durante 1-2 semanas

--E--

» **ivermectina**: 200 microgramas/kg por via oral uma vez ao dia no 1º, 2º e 8º dias; doses adicionais podem ser administradas no 9º e 15º dias (ciclo de 5 dias), ou no 9º, 15º, 22º e 29º dias (ciclo de 7 dias) dependendo da gravidade da infecção

» Os pacientes com escabiose crostosa geralmente apresentam hiperkeratose nas palmas das mãos e solas dos pés. Eles têm uma carga parasitária muito alta e são extremamente infecciosos. Geralmente são necessários uma terapia combinada e um ciclo de tratamento prolongado. Essa doença geralmente é observada em pacientes imunossuprimidos.[5]

» Em decorrência da alta carga parasitária, é recomendado que seja administrado um ciclo de 3, 5 ou 7 dias (dependendo da gravidade da infecção) de ivermectina oral em associação à permetrina tópica, aplicada a cada 2-3 dias durante 1-2 semanas até que todas as escamas e crostas tenha desaparecido.[25] O benzoato de benzila também pode ser usado como alternativa à permetrina, se disponível. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças recomendam a aplicação diária de permetrina por 7 dias, seguida pela aplicação em uma frequência de duas vezes por semana até que a cura seja obtida, associada a tratamento com ivermectina oral;[27] porém, esse esquema pode causar irritação cutânea, a qual pode ser intolerável ao paciente.

» É importante que os parceiros sexuais e pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

mais ceratolítico

Opções primárias

Agudo

» **ureia tópica:** (20-40%) aplicar nas áreas hiperqueratósicas uma vez ao dia até a remissão

» Usado para intensificar a penetração do medicamento na escabiose crostosa, na qual a pele é tipicamente hiperqueratósica.[35]

» O creme de ureia deve ser aplicado duas vezes ao dia (exceto à noite quando a permetrina é aplicada) para diminuir a hiperqueratose; o creme de permetrina deve ser aplicado à noite, uma vez por semana até que as crostas melhorem.

bebês e crianças de 2 meses a 5 anos de idade e gestantes ou lactantes

1a permetrina

Opções primárias

» **permetrina tópica:** (5%) aplicar do pescoço para baixo, incluindo as solas dos pés (em adultos) ou aplicar no couro cabeludo, pescoço e linha limite do cabelo até às solas dos pés (em crianças <12 anos de idade), lavar após 8-14 horas; pode ser necessário repetir o tratamento aos 10-14 dias se houver evidências de ácaros vivos

» De acordo com a ficha técnica, há dados limitados disponíveis sobre o uso de creme de permetrina durante a gestação e nenhum risco elevado ao feto. Portanto, o produto é recomendado como tratamento de primeira escolha para a escabiose durante a gravidez. O creme de permetrina foi estudado em bebês tão jovens quanto 2 meses de idade e demonstrou ser seguro. Lactentes com menos de 2 meses de idade raramente são diagnosticados com escabiose, e não há dados de segurança neste grupo, apesar de não haver evidências de efeitos adversos nesta população.[36]

» É importante que os parceiros sexuais e pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

2a compostos com enxofre de 10% a 25%

Agudo

» O enxofre pode ser usado em pacientes que não podem usar a permetrina devido à alergia ou problemas de custo.[24]

» É importante que os parceiros sexuais e pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

» Em adultos, o medicamento deve ser aplicado do pescoço até as solas dos pés. Em bebês, o medicamento deve ser aplicado da cabeça e pescoço até as solas dos pés.

lactentes com menos de 2 meses de idade

1a enxofre a 6% em vaselina

» Devido à ausência de dados de segurança sobre o uso da permetrina em bebês com menos de 2 anos de idade, os compostos de enxofre podem ser usados neste grupo. O enxofre pode ser usado em pacientes que não podem usar a permetrina devido à alergia ou problemas de custo.[24]

» É importante que as pessoas próximas ou os contatos domiciliares também sejam tratados ao mesmo tempo que o paciente. Roupas e lençóis usados recentemente devem ser lavados em temperatura igual ou superior a 60 °C (≥140 °F), devendo ser secados um dia depois do primeiro tratamento para diminuir a chance de reinfestação.[5]

» Em bebês, o medicamento deve ser aplicado em todo o corpo, incluindo a cabeça e pescoço, em 3 noites consecutivas. O paciente deve ser banhado 24 horas após cada aplicação.

» Os anti-histamínicos são úteis para fornecer alívio sintomático.

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes devem ser observados a cada 4 semanas após o início do tratamento para se ter certeza de que o tratamento foi bem-sucedido. Se houver evidências de infestação continuada, deve ser obtida uma cuidadosa história do esquema de tratamento e dos contatos do paciente, a fim de determinar se a persistência foi decorrente da resistência aos agentes usados, da administração indevida do tratamento ou de reinfestação ocasionada pelo tratamento inadequado dos contatos próximos. Se houver suspeita de resistência, outro agente deve ser usado. Se houver suspeita de tratamento tópico inadequado do paciente ou dos contatos, as instruções devem ser cuidadosamente revisadas. Também se deve levar em consideração o uso da ivermectina, uma vez que uma única dose oral geralmente resulta em adesão terapêutica maior em relação ao uso de medicamentos tópicos.

Instruções ao paciente

Para pacientes tratados com o uso de terapias tópicas, o medicamento deve ser aplicado do queixo para baixo (em bebês com idade inferior a 1 ano, a linha do cabelo e o couro cabeludo também devem ser tratados) e deixado em ação por 8 horas, sendo lavado depois. A ivermectina é tomada como uma única dose oral.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
prurido pós-escabiose	curto prazo	alta
Ocorre como uma reação imunológica a ácaros, seus ovos ou fezes. Manifesta-se como prurido contínuo, apesar do tratamento adequado da escabiose. Pode durar até 1 mês após o tratamento. Pode ser tratado com a aplicação de esteroides tópicos de potência intermediária 1 a 2 vezes por dia, durante 2 a 4 semanas. Anti-histamínicos orais também pode ser administrados.[5]		
infecção secundária	curto prazo	baixa
Devido à ruptura da barreira da pele em decorrência da inflamação e do ato de coçar, a pele pode ser infectada secundariamente por estafilococos ou estreptococos. Geralmente, o tratamento com antibióticos (dicloxacilina, flucloxacilina ou uma cefalosporina de primeira geração) é suficiente. Em países em desenvolvimento, a infecção secundária não tratada pode conduzir à glomerulonefrite pós-estreptocócica e à subsequente insuficiência renal ou doença reumática cardíaca.[4]		
escabiose nodular ou pseudolinfoma	variável	baixa
A resposta imune prolongada à escabiose pode resultar em nódulos persistentes que exibem um infiltrado inflamatório misto. Geralmente o tratamento consiste de esteroide tópicos de alta potência, esteroides intralesionais ou esteroide orais com redução gradual.[38]		

Prognóstico

Cura

A maioria das pessoas com escabiose é curada após 2 tratamentos com ivermectina ou permetrina, os 2 tratamentos de primeira linha.^[32]

Prurido residual

Muitas pessoas com escabiose irão apresentar prurido residual que dura até 1 mês após a erradicação bem-sucedida da doença.^[37]

Diretrizes de tratamento

Europa

European guideline for the management of scabies

Publicado por: European Academy of Dermatology and Venereology

Última publicação em:
2017

UK national guideline on the management of scabies

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2016

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners; British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2013

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015: ectoparasitic infections

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Nível de evidência

1. Taxa de cura: há evidências de qualidade moderada de que a permetrina foi superior ao crotamiton e ao lindano no tratamento da escabiose.[\[24\]](#) [\[26\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

2. Taxa de cura: há evidências de qualidade moderada de que uma dose única de ivermectina foi superior em relação ao placebo e evidências de alta qualidade de que foi superior ao lindano no tratamento da escabiose. Há evidências de baixa qualidade de que uma única dose de ivermectina foi equivalente ao benzoato de benzila (25%) no tratamento da escabiose. Há evidências de alta qualidade de que a ivermectina oral foi inferior ao creme de permetrina no tratamento da escabiose.[\[24\]](#) [\[26\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Taxa de cura: há evidências de qualidade moderada oriundas de um estudo que comparou 1 dose de ivermectina oral com 1 aplicação de creme de permetrina, demonstrando que a ivermectina foi eficaz em 70% dos pacientes em comparação com 98% dos pacientes tratados com o creme de permetrina; porém, uma segunda dose de ivermectina, 2 semanas mais tarde, aumentou a taxa de cura para 95%.[\[32\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354:1718-1727. [Resumo](#)
- Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367:1767-1774. [Resumo](#)
- Hengge UR, Currie BJ, Jager G, et al. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. Lancet Infect Dis. 2006;6:769-779. [Resumo](#)
- Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ. 2005;331:619-622. [Resumo](#)
- Strong M, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2007;3:CD000320. [Resumo](#)
- Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, et al. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. Am J Clin Dermatol. 2002;3:9-18. [Resumo](#)
- Johnstone P, Strong M. Scabies. Clin Evid. 2006:2284-2290. [Resumo](#)

Referências

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354:1718-1727. [Resumo](#)
2. Guldbakke KK, Khachemoune A. Crusted scabies: a clinical review. J Drugs Dermatol. 2006:221-227. [Resumo](#)
3. Steer AC, Jenney AW, Kado J, et al. High burden of impetigo and scabies in a tropical country. PLoS Negl Trop Dis. 2009;3:467. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Walton SF, Currie BJ. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. Clin Microbiol Rev. 2007;20:268-279. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367:1767-1774. [Resumo](#)
6. McCarthy JS, Kemp DJ, Walton SF, et al. Scabies: more than just an irritation. Postgrad Med J. 2004;80:382-387. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, et al. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. Br J Derm. 2005;153:150-156. [Resumo](#)
8. Hengge UR, Currie BJ, Jager G, et al. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. Lancet Infect Dis. 2006;6:769-779. [Resumo](#)
9. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ. 2005;331:619-622. [Resumo](#)
10. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, et al. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. J Infect. 2005;50:375-381. [Resumo](#)

11. Mellanby K. The transmission of scabies. *BMJ*. 1941;2:405-406.
12. Leung V, Miller M. Detection of scabies: a systematic review of diagnostic methods. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2011;22:143-146.
13. Argenziano G, Fabbrocini G, Delfino M. Epiluminescence microscopy. A new approach to in vivo detection of *Sarcoptes scabiei*. *Arch Dermatol*. 1997;133:751-753. [Resumo](#)
14. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:53-62. [Resumo](#)
15. Falk ES, Eide TJ. Histologic and clinical findings in human scabies. *Int J Dermatol*. 1981;20:600-605. [Resumo](#)
16. Bergman JN, Dodd WA, Trotter MJ, et al. Crusted scabies in association with human T-cell lymphotropic virus 1. *J Cutan Med Surg*. 1999;3:148-152. [Resumo](#)
17. Del Giudice P, Sainte Marie D, Gerard Y, et al. Is crusted (Norwegian) scabies a marker of adult T cell leukemia/lymphoma in human T lymphotropic virus type I-seropositive patients? *J Infect Dis*. 1997;176:1090-1092. [Resumo](#)
18. Slawsky LD, Maroon M, Tyler WB, et al. Association of scabies with a bullous pemphigoid-like eruption. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:878-879. [Resumo](#)
19. Whiting DA, Howard AK, Parker D, et al. Disorders of cutaneous appendages. In: Barnhill RL, Crowson AN, ed. *Textbook of dermatopathology*, 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004:229-268.
20. Rapini RP. Bacterial infections. In: Barnhill RL, Crowson AN, ed. *Textbook of dermatopathology*, 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004:439-478.
21. Otley C, Hall RP. Dermatitis herpetiformis. *Dermatol Clin*. 1990;8:759-769. [Resumo](#)
22. Zillikens D. Acquired skin disease of hemidesmosomes. *J Dermatol Sci*. 1999;20:134-154. [Resumo](#)
23. Matz H, Orion E, Wolf R. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: polymorphic eruption of pregnancy (PUPPP). *Clin Dermatol*. 2006;24:105-108. [Resumo](#)
24. Strong M, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD000320. [Resumo](#)
25. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med*. 2010;362:717-725. [Resumo](#)
26. Johnstone P, Strong M. Scabies. *BMJ Clinical Evidence handbook: scabies*. June 2009. <http://clinicalevidence.bmj.com/> (last accessed 13 March 2017). [Texto completo](#)
27. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015: ectoparasitic infections. <http://www.cdc.gov/> (last accessed 13 March 2017). [Texto completo](#)

28. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Aug;31(8):1248-1253. [Texto completo](#)
29. Chhaiya SB, Patel VJ, Dave JN, et al. Comparative efficacy and safety of topical permethrin, topical ivermectin, and oral ivermectin in patients of uncomplicated scabies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78:605-610. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Goldust M, Rezaee E, Raghifar R, et al. Treatment of scabies: the topical ivermectin vs. permethrin 2.5% cream. *Ann Parasitol*. 2013;59:79-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Ahmad HM, Abdel-Azim ES, Abdel-Aziz RT. Clinical efficacy and safety of topical versus oral ivermectin in treatment of uncomplicated scabies. *Dermatol Ther*. 2016 Jan-Feb;29(1):58-63. [Resumo](#)
32. Usha V, Gopalakrishnan Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:236-240. [Resumo](#)
33. Bachewar NP, Thawani VR, Mali SN, et al. Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. *Indian J Pharmacol*. 2009;41:9-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. Treatment of scabies: comparison of permethrin 5% versus ivermectin. *J Dermatol*. 2012;39:545-547. [Resumo](#)
35. Huffam SE, Currie BJ. Ivermectin for *Sarcoptes scabiei* hyperinfestation. *Int J Infect Dis*. 1998;2:152-154. [Resumo](#)
36. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, et al. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3:9-18. [Resumo](#)
37. Johnstone P, Strong M. Scabies. *Clin Evid*. 2006:2284-2290. [Resumo](#)
38. Ploysangam T, Breneman DL, Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. *J Am Acad Dermatol*. 1998;38:877-895. [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Ácaro da escabiose em ampliação de 10×

Do acervo de Dr. Laura Ferris, MD, PhD

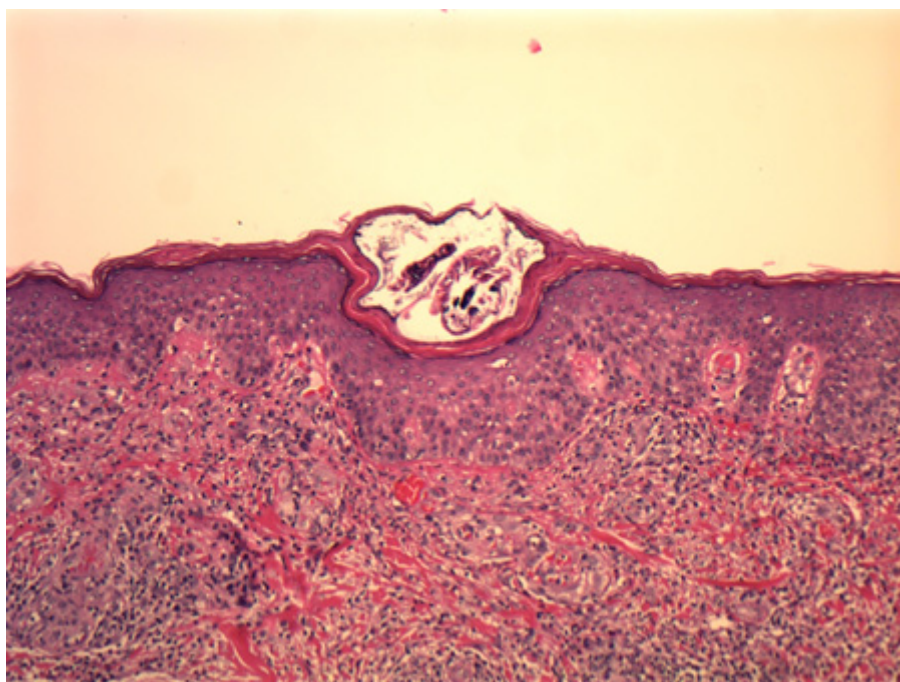


Figura 2: Lâmina histológica mostrando Sarcoptes scabiei adulto em sua escavação no estrato córneo

Do acervo de Pooja Khera, MD



Figura 3: Nódulos penianos, característicos da escabiose

Fotografia cortesia de Joseph C. English, III, MD



Figura 4: Escavações lineares características na pele

Do acervo de Dr. Laura Ferris, MD, PhD



Figura 5: Palmas das mãos hiperqueratósicas em um paciente com sarna norueguesa

Fotografia cortesia de Joseph C. English, III, MD

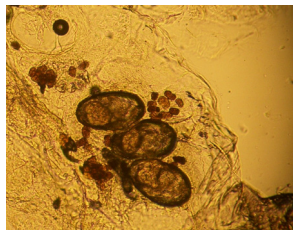


Figura 6: Ovos e fezes em ampliação de 10×

Do acervo de Dr. Laura Ferris, MD, PhD

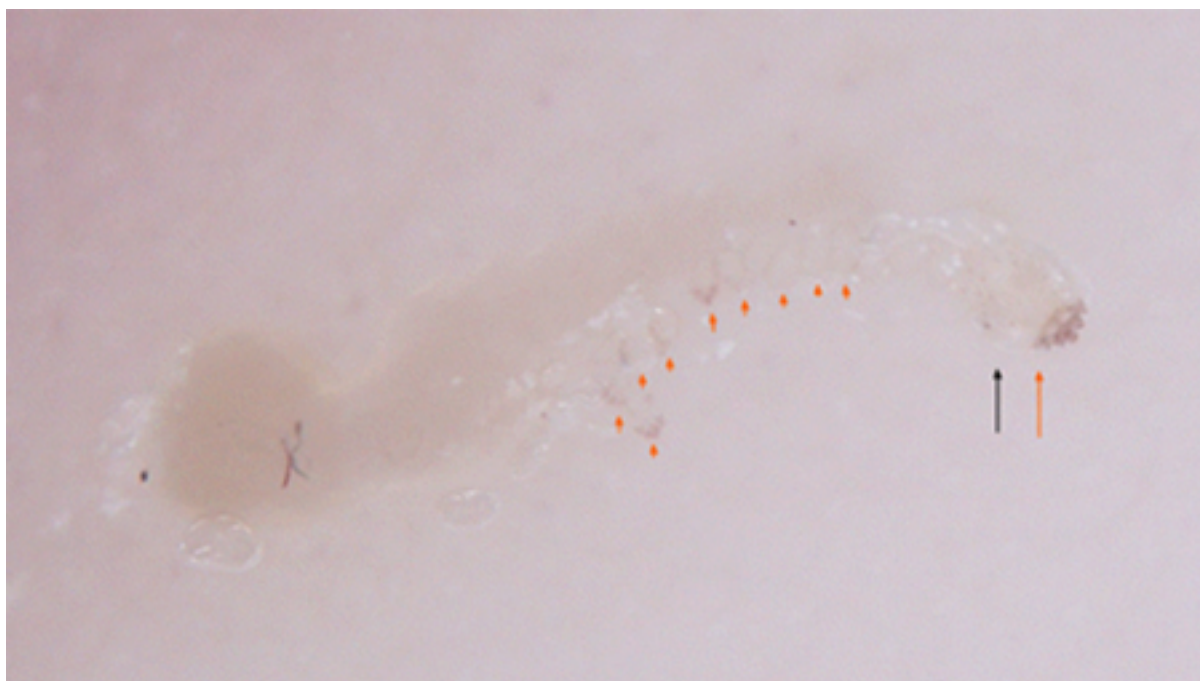


Figura 7: Imagem dermatoscópica clássica de triângulo ou sinal de "asa-delta" das partes densas da cabeça (seta vermelha longa), corpo relativamente translúcido (seta negra longa), ovos (setas vermelhas curtas) e escavação clássica em forma de S

Fox G. Diagnóstico de escabiose por dermatoscopia. *BMJ Case Rep.* 2009;2009.pii: bcr06.2008.0279.

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 considerálas 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	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 19, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

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](#).

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Laura Korb Ferris, MD, PhD, FAAD

Assistant Professor

Department of Dermatology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

DIVULGAÇÕES: LKF declares that she has no competing interests.

Ryan Harris, MD

Dermatologist

Treasure Valley Dermatology and Skin Cancer Center, Boise, ID

DIVULGAÇÕES: RH declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Laura Korb Ferris and Dr Ryan Harris would like to gratefully acknowledge Dr Pooja Khera, a previous contributor to this topic. PK declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

David Cassarino, MD, PhD

Assistant Professor

Department of Pathology and Laboratory Medicine, University of California, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: DC declares that he has no competing interests.

Roderick J. Hay, DM, FRCP, FRCPath, FMedSci

Chairman

International Foundation of Dermatology, London, UK

DIVULGAÇÕES: RJH declares that he has no competing interests.