



Universidade Federal de Pernambuco
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação –
PROPESQ
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Medicina Tropical

FABIANA THAIS KOVACS

**ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO DE PACIENTES COM CINCO
OU MAIS ANOS DE IDADE: ESTUDO DA FREQUÊNCIA E
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Dissertação aprovada pelo Centro de
Ciências da Saúde como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Medicina
Tropical
Área de concentração: Dermatologia

Orientadora
Prof^ª Dr^ª Vera Magalhães da Silveira

Coorientadora
Prof^ª Dr^ª Aurilene Monteiro Bandeira

RECIFE
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Kovacs, Fabiana Thais

Escabiose em cabeça e pescoço de pacientes com cinco ou mais anos de idade: estudo da frequência e características clínicas / Fabiana Thais Kovacs. – Recife : O Autor, 2007.

44 folhas : il. fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Medicina Tropical, 2007.

Inclui bibliografia e anexo.

1. Escabiose – Lesões clínicas. 2. Escabiose – Cabeça e pescoço. I. Título.

**536.24
616.57**

**CDU(2.ed.)
CDD(22.ed.)**

**UFPE
CCS2007-08**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM MED. TROPICAL-MESTRADO. E DOUTORADO

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA
FABIANA THAÍS KOVACS

No dia 13 de fevereiro de 2007, às 08:00h, na Sala Prof Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco- C.C.S/UFPE, os Professores: Profa. Dra. Heloísa Ramos Lacerda de Melo (Depto. de Medicina Clínica- UFPE - Membro Interno), Prof. Dr. Emanuel Rodrigues de França (Depto. De Clínica Médica- UPE - Membro Externo), Profa. Dra. Ângela Cristina Rapela Medeiros (Depto. De Clínica Médica - UPE - Membro Externo., componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda **FABIANA THAÍS KOVACS**, sobre a sua Dissertação intitulada "ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO DE PACIENTES COM CINCO OU MAIS ANOS DE IDADE : ESTUDO DA FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^a. Dr^a Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Aprovado.....

Prof^o Dr. Emanuel Rodrigues de França

Aprovado.....

Prof^a Dr^a Ângela Cristina Rapela Medeiros

Aprovado.....

Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Profa. Dra. Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Emanuel Rodrigues de França

Prof. Dr. Emanuel Rodrigues de França

Ângela Cristina Rapela Medeiros

Profa. Dra. Ângela Cristina Rapela Medeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO

Prof. Celso Pinto de Melo

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. José Tadeu Pinheiro

DIRETOR SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Prof^a Heloísa Mendonça

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

Prof^a Heloísa Ramos Lacerda de Melo

VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

Prof^a Maria Rosângela Cunha Duarte Coelho

CORPO DOCENTE

Prof^a Célia Maria Machado Barbosa de Castro

Prof^a Elizabeth Malagueño de Santana

Prof^a Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Prof^a Geruza Dreyer Vieira

Prof. Joaquim Alves Norões

Prof^a Maria Amélia Vieira Maciel

Prof^a Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque

Prof^a Maria Rosângela Cunha Duarte Coelho

Prof. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes

Prof^a Sílvia Maria de Lemos Hinrichsen

Prof^a Vera Magalhães da Silveira

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo estímulo e carinho.

Às minhas irmãs, pelo exemplo e amizade.

A meu marido, André De Marco, meu braço direito em todos os momentos, pela paciência, compreensão e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A Dr^a Vera Magalhães da Silveira, pela disponibilidade, orientação e compreensão.

A Dr^a Aurilene Bandeira pelos conselhos e ajuda na Bibliografia.

Ao Prof. Dr. Ricardo Ximenes, pelo auxílio na elaboração do projeto.

Ao servidor Ubirajara Pereira Santos e demais funcionários do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFPE, pelo recrutamento de pacientes para a pesquisa.

Às Residentes de Dermatologia da UFPE, pela ajuda na seleção dos pacientes.

A Dr^a Margarida Silveira, pela disponibilidade na coleta dos raspados cutâneos.

A Dr^a Oliane Maria Correia Magalhaes, Dr. Armando Marsden e demais funcionários do Setor de Micologia do Centro de Ciências Básicas da UFPE, pela boa-vontade e disponibilidade na coleta e fotografia dos raspados cutâneos.

LISTA DE TABELAS

Artigo I

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Distribuição das lesões de escabiose no corpo de 124 pacientes com 5 ou mais anos de idade atendidos no ambulatório de Dermatologia da UFPE..... | 14 |
|--|----|

Artigo II

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Distribuição das lesões observadas em cabeça e/ou pescoço de 57 pacientes com escabiose clássica entre os 124 estudados..... | 26 |
|--|----|

LISTA DE FIGURAS

Artigo II

| | |
|--|----|
| Figura 1. Lesão parietal confirmada com raspado | 27 |
| Figura 2. Lesão em couro cabeludo confirmada com raspado..... | 27 |
| Figura 3. Lesões em face confirmadas com raspado..... | 27 |
| Figura 4. Lesão em face confirmada clinicamente..... | 27 |
| Figura 5. Lesões em região retroauricular confirmadas com raspado..... | 27 |
| Figura 6. Lesões em pescoco diagnosticadas clinicamente..... | 27 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| LISTA DE TABELAS | VI |
| LISTA DE FOTOGRAFIAS | VI |
| INTRODUÇÃO | 8 |
| ARTIGO I: PREVALÊNCIA DE LESÕES DE ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM CINCO OU MAIS ANOS DE IDADE | 10 |
| Resumo | 10 |
| Introdução | 10 |
| Casuística e Métodos | 12 |
| Resultados | 13 |
| Discussão | 15 |
| Conclusão | 17 |
| Summary | 17 |
| Referências Bibliográficas | 18 |
| ARTIGO II: ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO: ESTAMOS RECONHECENDO-A?..... | 21 |
| Resumo | 21 |
| Abstract | 21 |
| Introdução | 22 |
| Pacientes e Métodos | 24 |
| Resultados | 25 |
| Discussão | 28 |
| Conclusão | 29 |
| Referências | 31 |
| ANEXOS..... | 34 |
| ANEXO 1: Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética | 34 |
| ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 35 |
| ANEXO 3: Formulário de levantamento de dados da pesquisa | 37 |
| ANEXO 4: Referências bibliográficas da dissertação | 40 |

INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir da observação na prática clínica diária do grande volume de pacientes com escabiose que tinham falha do tratamento. Buscou-se a literatura para averiguar quais seriam as possíveis causas, e nesta busca foram encontrados artigos que apontavam a falta do tratamento da cabeça e pescoço, mesmo em adultos imunocompetentes, como causa de tal falha. Foi encontrado artigo que inclusive preconizava o tratamento rotineiro das referidas regiões, independente de sintomatologia, porém baseado em apenas dois casos relatados. Contudo, exceto por um estudo de Heukelbach e cols no Ceará, que separou os grupos etários em menos de 5 anos e 5 anos ou mais, os artigos sequer descreviam o percentual de acometimento da cabeça e do pescoço em crianças mais velhas e adultos infestados com a forma clássica. As lesões de tais áreas, quando descritas, o eram principalmente nos relatos de caso e se apresentavam com formas clínicas diferentes, dificultando uma identificação sistemática. Isto gerou uma pergunta condutora, não apenas de cunho científico mas sobretudo de cunho prático, uma vez que classicamente em crianças mais velhas e adultos a escabiose não afeta a cabeça e o tratamento tópico rotineiramente prescrito é “do pescoço para baixo”. Desta forma, foi realizado estudo no ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que gerou dois artigos.

O primeiro artigo, cujo título é “Prevalência de lesões de escabiose em cabeça e pescoço em pacientes com cinco ou mais anos de idade”, é a apresentação do estudo transversal que objetivou mensurar a prevalência de lesões de escabiose em pescoço e cabeça entre infestados com a forma clássica da parasitose. Por tratar-se de doença de interesse de todas as especialidades médicas, sua formatação está configurada conforme regras da Revista Brasileira de Medicina.

O segundo artigo, cujo título é “Escabiose em cabeça e pescoço: estamos reconhecendo-a?”, é a apresentação do estudo tipo série de casos aninhado ao anterior, que objetivou descrever as lesões clínicas observadas na cabeça e pescoço dos infestados com a forma clássica e com cinco anos ou mais de idade. Ressalta-se que todas as lesões destas localizações foram fotografadas, porém devido à grande quantidade de figuras, foram selecionadas apenas algumas para publicação em periódico. Pelo seu caráter mais minucioso, com detalhamento de lesões clínicas, este artigo está formatado conforme regras dos “Anais Brasileiros de Dermatologia”.

ARTIGO I

PREVALÊNCIA DE LESÕES DE ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO EM PACIENTES COM CINCO OU MAIS ANOS DE IDADE / PREVALENCE OF SCABIES ON THE HEAD AND NECK OF PATIENTS FIVE YEARS OLD AND OLDER

Kovacs FT¹, Magalhães V², Bandeira AM³

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Centro De Ciências sa Saúde (CCS) - Departamento de Dermatologia. Rua Profº Nelson Chaves, s/n Cidade Universitária Recife-PE CEP. 50670-901 Fone 2126-8508/8568

1 Mestre em Medicina Tropical pela UFPE

2 Professora Titular do Departamento de Medicina Tropical da UFPE

3 Professora Adjunta do Departamento de Dermatologia da UFPE

UNITERMOS

Escabiose, prevalência, cabeça, pescoço

Scabies, prevalence, head, neck

RESUMO

Introdução: A literatura tem divergido em relação ao acometimento de cabeça e pescoço em crianças mais velhas e adultos imunocompetentes com escabiose clássica, alguns artigos referindo que estas localizações não são acometidas e outros evidenciando prevalência de até 10%. Como o tratamento tópico destas duas regiões não é unanimamente recomendado neste grupo etário, poderia-se esperar que a persistência de lesões não tratadas levaria a maior chance de complicações e disseminação da parasitose. **Objetivos:** Estudar a prevalência de escabiose em cabeça e pescoço entre os infestados com 5 ou mais anos de idade. **Métodos:** Foram examinados 124 pacientes com 5 ou mais anos de idade com escabiose clássica que procuraram o ambulatório de dermatologia, sendo realizado exame meticuloso da cabeça e pescoço. **Resultados:** Foram observadas lesões em cabeça e pescoço em 35,8% dos pacientes, estando presentes no couro cabeludo em 8,1%, na face em 4,9%, na região auricular, retroauricular e pré-auricular em 12,2% e no pescoço em 26,8%. **Conclusão:** A escabiose acometeu a cabeça e pescoço de infestados com 5 ou mais anos de idade que procuram o ambulatório de dermatologia em proporção maior que a descrita na literatura. Os dados encontrados alertam o profissional de saúde a não negligenciar o exame da cabeça e pescoço dos pacientes com escabiose.

INTRODUÇÃO

A escabiose é uma dermatose ectoparasitária causada pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*, que consiste na única espécie de ácaro de transmissão pessoa a pessoa⁽¹⁾. É doença frequente, sobretudo em populações menos favorecidas economicamente^(2, 3). As lesões cutâneas são polimórficas e apesar de ser típico o túnel, ele é de difícil visualização em climas quentes^(4, 5).

Lesões acima do pescoço são comuns em crianças novas, porém em adultos imunocompetentes são classicamente descritas como pouco freqüentes⁽⁵⁻⁷⁾. Chouela e cols. em 2002 referiram que as lesões acima do pescoço ocorrem mais em climas quentes, particularmente nas pessoas acamadas ou em crianças⁽¹⁾ e Orkin refere que a escabiose, em pacientes residentes em áreas tropicais, não raramente envolve o couro cabeludo⁽⁸⁾, mas ambos autores não especificam o percentual observado.

O diagnóstico é essencialmente clínico, porém exames complementares podem confirmar a suspeita⁽⁹⁻¹¹⁾. O exame rotineiramente utilizado tem sido o raspado da pele com observação ao microscópio óptico, porém a sensibilidade é apenas cerca de 42%, já que muitas lesões representam uma resposta imunológica ao ácaro, seus ovos e fezes⁽¹²⁻¹⁴⁾. O raspado de lesões muito escoriadas ou inflamadas parece ter sensibilidade ainda menor^(15, 16).

O tratamento padrão na literatura consiste no uso de loção de permetrina⁽¹⁷⁾. No Brasil, a medicação rotineiramente distribuída pelo SUS é o benzoato de benzila, também de uso tópico. Uma parte dos estudos recomenda o uso do escabícida em adultos apenas nas áreas abaixo do pescoço^(12, 18), porém outros autores enfatizam a necessidade de tratar também a cabeça e o pescoço⁽¹⁹⁻²¹⁾. Há ainda na prática clínica diária e na literatura a terminologia confusa de realizar o tratamento “do pescoço para baixo”, no qual não fica claro se o pescoço e região auricular estão ou não incluídos⁽²²⁾. Um dos inconvenientes do tratamento tópico é que a falta da aplicação adequada do escabícida em toda a superfície corpórea pode levar à falha do tratamento^(23, 24). Um dos principais motivos desta ocorrência consiste na falta de explicação ao paciente pelo profissional de como realizar a aplicação do produto⁽²⁵⁾. Na Itália há descrição de dois casos de escabiose recidivante em adulto por persistência do ácaro no couro cabeludo, os quais levaram seus profissionais a tratarem sistematicamente a cabeça⁽²⁶⁾. Apesar da ivermectina via oral ter ganhado espaço no manejo da escabiose, ela não é rotineiramente disponibilizada nos serviços públicos do Brasil^(1, 20, 24, 27, 28).

Para o controle da escabiose numa dada população, é necessário zelar pela higiene pessoal, detectar e tratar os infestados, tarefa não tão fácil considerando-se que é baixo o grau de autodiagnóstico, de forma que grande parte das infestações passam despercebidas ou ignoradas^(29, 30). Ademais, problemas de ordem sócio-econômica, enfrentados por grande parte da população no Brasil, possivelmente fazem com que a infestação tenha valor secundário. Exemplo disto consiste no inquérito em população favelada de Fortaleza-CE, onde apenas 52% das pessoas com escabiose haviam procurado assistência médica. O diagnóstico só foi

feito pelos médicos quando os pacientes se queixavam das lesões causadas pela mesma, o que ocorreu em apenas metade dos casos, levando os autores a concluir trata-se de doença hiperendêmica, porém negligenciada pela própria população e pelos médicos ⁽³¹⁾.

Apesar da alta frequência da escabiose observada na prática em Pernambuco, há poucas pesquisas relacionadas à mesma. É importante conhecer a realidade local com relação à presença do *S. scabiei* na cabeça e pescoço de pacientes infestados, visto que a alta prevalência da dermatose associada à falta de realização do tratamento tópico adequado pode aumentar o risco epidemiológico de maior disseminação da doença. A falha terapêutica, que pode ser secundária ao não uso da medicação no couro cabeludo, aumenta o risco individual de complicações.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado estudo prospectivo de prevalência de escabiose em cabeça e pescoço em população constituída pelos pacientes com 5 ou mais anos de idade acometidos pela escabiose clássica. Os pacientes incluídos foram os que procuraram o ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco por demanda espontânea entre março e agosto de 2006. Neste serviço são realizadas anualmente cerca de 10 mil consultas dermatológicas, e a maior parte da população atendida é constituída por residentes da Região Metropolitana do Recife de baixa renda. A amostra foi conforme calculada para proporção única no Epi-info 6.0 com prevalência esperada de 10%, à semelhança da encontrada em estudo no Ceará⁽³⁾, além de precisão de 5%, efeito do desenho de 1 e intervalo de confiança de 95%, e consistiu em mínimo de 122 pacientes. Os pacientes tiveram o diagnóstico clínico de escabiose elaborado pelos médicos dermatologistas e Residentes em Dermatologia do serviço e foram, então, encaminhados para a pesquisadora principal. Foi realizada entrevista com o paciente, durante a qual foram coletados dados sócio-econômicos e perguntado sobre a coexistência de fatores que pudessem agravar a infestação. Procedia-se a exame físico mais detalhado, inclusive do couro cabeludo, face, região auricular, pré e retro-auricular e pescoço. Caso existissem lesões nestas últimas localizações que pudessem ser atribuíveis à escabiose, imediatamente realizava-se o raspado de todas para observação ao microscópio.

Quanto ao diagnóstico para o estudo, foram considerados acometidos por escabiose na forma clássica aqueles pacientes que apresentavam prurido associado à presença de pápulas eritematosas com ou sem crostículas sobrepostas em uma ou mais das seguintes localizações:

abdome, mamas, glúteos, pênis, punhos, mãos. Na cabeça e pescoço, foi considerada lesão devida à escabiose qualquer apresentação clínica com o raspado positivo. Quando o raspado era negativo, foram consideradas como lesões de escabiose as pápulas eritematosas com ou sem crostículas sobrepostas e crostículas isoladas, excluídas outras dermatoses, como dermatite de contato, pediculose capitis, prurigo estrófulo, tinea capitis.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do epi-info versão 6.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob protocolo número 1451.0.172.000-05. Os pacientes participaram do estudo apenas após explicação sobre o trabalho e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram estudados 124 pacientes, dos quais 86,3% eram provenientes da Região Metropolitana do Recife e 54,8% eram do sexo feminino. Os pacientes tinham de 5 a 79 anos de idade, sendo a média de 36,8 anos (SD=18,1). Os pacientes haviam frequentado a escola por oito anos ou menos em 56,5% dos casos. Dos 103 pacientes entre 18 e 65 anos, 60 (58,2%) referiam que estavam fora da população economicamente ativa. Os domicílios dos pacientes, que em 95,2% dos casos eram de alvenaria, tinham na média 4,3 cômodos e eram coabitados por uma média de 4,1 pessoas.

Em um quarto dos casos, o principal motivo da consulta não foi a escabiose, sendo esta diagnosticada mediante exame físico completo. Fatores que favorecem uma maior gravidade da infestação estavam presentes em 8,8% dos pacientes, os quais incluíram 3 casos de contato domiciliar com escabiose norueguesa, 2 de uso de corticóide oral ou parenteral, um caso de infecção pelo Vírus da Hepatite C, um de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), um de perda rápida de 20% do peso corporal, um de esquistossomose hepatoesplênica, um de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico, e um de lupus sistêmico em uso de imunossupresor.

Um quarto dos pacientes havia aplicado creme com corticóide nas lesões, e 8 (6,5%) haviam aplicado creme cujo nome não era recordado. Tratamento para o quadro atual da infestação com escabicidea tópico havia sido feito por 46% dos pacientes, e entre estes, 57,9% haviam aplicado o produto apenas nas áreas pruriginosas.

Ao exame clínico, 3 (2,4%) pacientes tinham 2 áreas acometidas e todos os demais tinham 3 ou mais áreas com lesões de escabiose. Os locais mais frequentemente acometidos foram abdome e coxas, conforme ilustrado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das lesões de escabiose no corpo de 124 pacientes com 5 ou mais anos de idade atendidos no ambulatório de Dermatologia da UFPE.

| Área | Frequência (%) n=124 |
|------------------|-----------------------------|
| Abdome | 99,2% |
| Coxas | 92,7% |
| Antebraços | 88,8% |
| Glúteos | 87,1% |
| Região axilar | 84,7% |
| Tórax anterior | 79% |
| Braços | 78,2% |
| Dorso | 74,7% |
| Genital* | 57,9% |
| Pernas | 57,3% |
| Cabeça e pescoço | 35,8% |
| Mãos | 33,8% |
| Pés | 22,6% |

*Genital não examinado por recusa em 2,4%

Algum grau de alopecia androgenética estava presente em 21% dos pacientes, sendo que 53,8% tinham até o grau 3 na escala de Hamilton-Norwood⁽³²⁾. Destes, apenas 2 tinham lesões de escabiose no couro cabeludo.

Cinquenta e sete (46%) dos 124 pacientes estudados apresentavam alguma lesão em pescoço ou cabeça que poderia implicar em diagnóstico diferencial com lesões causadas pela escabiose. Em 13 destes, outras doenças não puderam ser excluídas, como dermatite seborréica, foliculite, acne, portanto não foram considerados como acometidos pela escabiose nestas referidas localizações. Os demais 44 pacientes (35,8%) apresentavam lesões típicas de escabiose ou possuíam o raspado positivo. Vinte e quatro destes (54,4%) haviam feito tratamento tópico, sem sucesso.

Foram encontradas lesões de escabiose em couro cabeludo em 10 (8,1%) pacientes, que tinham de 5 a 76 anos, sendo a metade dos casos até 42 anos de idade. Três foram confirmadas com o raspado e 7 foram diagnosticados clinicamente. Fator agravante da infestação foi observado em um caso confirmado com o raspado e em dois confirmados clinicamente.

Seis (4,9%) pacientes tinham lesões de escabiose na face, sendo um caso confirmado com o raspado. A metade dos pacientes tinha fatores agravantes, inclusive o que teve diagnóstico confirmado com o raspado.

Quinze (12,2%) pacientes tinham lesões de escabiose em região auricular, retroauricular ou pré-auricular, sendo 4 (26,7%) destes confirmados com o raspado. Fatores agravantes estavam presentes em 4 (26,7%) pacientes, sendo a metade no grupo com diagnóstico parasitológico.

Entre os 33 (26,8%) pacientes com lesões de escabiose em pescoço, 7 (21,2%) foram confirmados pelo raspado. Seis (18,2%) tinham fatores agravantes, sendo a metade no grupo confirmado com raspado.

DISCUSSÃO

Um quarto dos pacientes com escabiose procurou o serviço especializado por outras queixas, sendo o diagnóstico realizado mediante exame físico completo. Este percentual é menor que o observado por Heukelbach e cols em posto de saúde, no qual tal fato ocorreu em metade dos casos⁽²⁸⁾. Esta diferença é compreensível já que os com mais sintomatologia e falhas de tratamentos prévios tendem a buscar auxílio médico em serviços especializados, fato ratificado observando-se que 46% dos pacientes estudados haviam feito algum tratamento tópico e persistiam com escabiose. Foi observado que dentre os que haviam usado antiparasitário tópico, 57,9% haviam aplicado o mesmo apenas nas áreas pruriginosas, percentual maior que o observado em estudo na Irlanda, que foi de 20%⁽³³⁾. Possíveis explicações para tal diferença são o nível educacional da população e as medicações utilizadas, que no presente estudo foram o monossulfiram e o benzoato de benzila, ambos mais irritantes que o lindano e a permetrina utilizada no estudo de Murphy e cols⁽³³⁾.

A automedicação é fenômeno observado mundialmente, geralmente com produtos inapropriados⁽¹¹⁾, e ocorre em cerca da metade dos pacientes com escabiose atendidos no ambulatório de dermatologia da UFPE^(11, 34). No presente estudo, um quarto dos pacientes havia utilizado cremes com corticóide, o que pode ter contribuído para a persistência da parasitose.

Entre os 124 pacientes estudados, todos com 5 ou mais anos de idade e escabiose clássica, 35,8% apresentavam lesões típicas de escabiose em cabeça e pescoço ou possuíam o

raspado de lesões não típicas positivo, percentual alto se comparado com o de Heukelbach, que foi de 10% em comunidades pobres do Ceará⁽³⁾. Uma diferença é que o estudo foi de base hospitalar, no qual fatores agravantes foram referidos por 8,8% dos entrevistados, o que provavelmente ocorre em menor proporção entre os parasitados na comunidade. Ademais, os pacientes do presente estudo apresentaram mais áreas corpóreas acometidas concomitantemente.

Chosidow em 2000 descreveu que a escabiose do couro cabeludo não estava limitada a crianças, pacientes em asilos e imunocomprometidos, porém não descreveu em que percentual as lesões são encontradas nos outros grupos de pacientes⁽²¹⁾. No presente estudo, lesões de escabiose em couro cabeludo foram encontradas em 10 (8,1%) pacientes, sem predileção por faixa etária, dos quais apenas 3 tinham fatores agravantes. Apenas 30% das lesões do couro cabeludo foram confirmadas com o raspado, o que era esperado já que a sensibilidade do teste é de apenas cerca de 54% em pessoas com mais de 6 anos de idade quando é coletado de 5 lesões diferentes, preferencialmente de mãos, espaço interdigital, punhos, pés e pênis^(13, 16). Especula-se que o motivo da baixa frequência da infestação no couro cabeludo esteja relacionado ao efeito inibitório do sebo ou ao número elevado de folículos pilosos nesta região, com os pêlos atuando como obstáculos no deslocamento do ácaro, mas a literatura carece de estudos que analisem a alopecia androgenética como fator de risco para lesões de escabiose em couro cabeludo^(35, 36). Apesar do desenho deste estudo não ser adequado para permitir tal análise, a alopecia androgenética foi observada em 2 (20%) destes dez pacientes e em 21% dos 124 estudados.

Entre os 6 (4,9%) pacientes que tinham lesões de escabiose na face, a metade tinha fatores agravantes, inclusive o único que teve diagnóstico confirmado com o raspado. Orkin inclusive sugere que o tratamento da cabeça em imunossuprimidos seja feito mesmo na ausência de lesões⁽⁸⁾. Apesar da literatura referir que a face é mais acometida em idosos⁽³⁷⁾, no presente estudo os pacientes com lesões em tal localização tinham de 30 a 57 anos.

Chouela et al., em 2002, referiram que a prega retroauricular é local comum para o ácaro se esconder, contudo não apresentaram o percentual observado⁽¹⁾. Apesar da infestação acima do pescoço ser mais frequentemente observada em pacientes imunodeprimidos, como os com SIDA com contagem de CD4 abaixo de 70 ou portadores de colagenoses em uso de imunossupressores^(36, 38), neste estudo fatores agravantes estiveram presentes em apenas cerca de um quarto dos 12,2% pacientes que tinham lesões de escabiose em região auricular,

retroauricular ou pré-auricular. O raspado foi positivo em 26,6% dos pacientes, sendo que a metade tinha fatores agravantes.

Lesões de escabiose em pescoço foram observadas em 26,8% dos pacientes, sendo 21,2% destes confirmados pelo raspado. No Rio Grande do Sul, em estudo com 179 adultos de hospital psiquiátrico com escabiose, não foi observada nenhuma lesão em cabeça ou mesmo em pescoço. Os autores, porém, justificaram que isto ocorreu por não haver crianças entre os examinados, o que faz questionar se as referidas localizações foram inspecionadas e de fato não estavam acometidas ou se, por serem pacientes adultos, os examinadores assumiram de antemão que não existiriam lesões⁽⁴⁾. Ressalta-se que apenas 18,2% dos pacientes com lesões em pescoço tinham fatores agravantes, mas a metade destes apresentou raspado positivo.

CONCLUSÃO

A prevalência encontrada de lesões atribuídas à escabiose em cabeça e pescoço de pacientes infestados com 5 anos de idade ou mais foi de 35,8%, ressaltando-se que o estudo ocorreu em serviço especializado em dermatologia. As proporções encontradas foram maiores que as descritas na literatura, e alertam o profissional de saúde a não negligenciar o exame da cabeça e pescoço dos pacientes com escabiose. Mais estudos seriam interessantes para ratificar ou não esta alta frequência na cabeça e pescoço de infestados com 5 ou mais anos de idade.

SUMMARY

Introduction: The literature has diverged about scabies affecting head and neck of immunocompetent adults with classical scabies, with some articles referring that these sites are not affected while others evidence a prevalence of up to 10%, but most articles present unprecised data. Objectives: To study the prevalence of scabies on the head and neck among infested patients five years old or older. Methods: 124 patients 5 years old or older with classical scabies that searched the outpatient Clinic of Dermatology were examined, with special observation of the head and neck. Results: Lesions on the head or the neck were observed among 35,8% of the patients, being present on the scalp in 8,1%, on the face in 4,9%, on the auricular, retroauricular and preauricular region in 12,2% and on the neck in 26,8%. Conclusion: Scabies affected the head and neck of infested patients 5 years old or older that searched the Dermatology Clinic in a proportion higher than that described on the literature. These data alert the health professional not to neglect the observation of the head and neck of patients with scabies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez M. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol* 2002;3(1):9-18.
2. Oliveira Filho J, Nogueira M, Gomes P, Cucé L. Casuística do Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Santo Amaro no período de 5 anos / Case study of "Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Santo Amaro" during 5 years. *J bras med* 1995;68(5):139-44.
3. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, Feldmeier H. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. *Br J Dermatol* 2005;153(1):150-156.
4. Carlos Gerbase A, Schwartz J, Gorelick M, Gutierrez M. Clinical picture in scabies: comparison of the clinical description found in the literature with 179 patients examined. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984;12(6):513-8.
5. Wakhlu I, Thakur S, Govil Y, Rastogi A. Clinical profile of scabies in north Indian children. *Indian Pediatr* 1988;25(11):1050-1053.
6. Arya V, Molinaro M, Majewski S, Schwartz R. Pediatric scabies. *Cutis* 2003;71(3):193-6.
7. Brunetti B, Vitiello A, Delfino S, Sammarco E. Findings in vivo of *Sarcoptes scabiei* with incident light microscopy. *Eur J Dermatol* 1998;8(4):266-267.
8. Orkin M. Scabies: what's new? *Curr Probl Dermatol* 1995;22:105-11.
9. Aguiar F, Roika A, Pinatti A, Gutbier M. Protocolo de conduta: educação e prevenção em saúde para o enfrentamento da escabiose em pré-escolares / Conduct protocol: education and prevention in health for facing scabies' disease in pre-school. *J bras med* 2003;85(3):56-66.
10. Sagua H, Rivera A, Zamora M, Neira I, Araya J, Maluenda R. Epidemiological study of pediculosis capitis and scabies in schoolchildren from Antofagasta, Chile, 1995. *Bol Chil Parasitol* 1997;52(1-2):33-6.
11. Mahe A, Prual A, Konate M, Bobin P. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995;89(5):467-470.
12. Flinders D, De Schweinitz P. Pediculosis and scabies. *Am Fam Physician* 2004;69(2):341-8.
13. Palicka P, Malis L, Samsinak K, Zitek K, Vobrazkova E. Laboratory diagnosis of scabies. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1980;24(1):63-70.
14. Micali G, Lacarrubba F, Lo Guzzo G. Scraping versus videodermatoscopy for the diagnosis of scabies: a comparative study. *Acta Derm Venereol* 1999;79(5):396.
15. Austin V. Mineral oil versus KOH for *Sarcoptes*. *J Am Acad Dermatol* 1982;7(4):555-556.
16. Muller G, Jacobs P, Moore N. Scraping for human scabies. A better method for positive preparations. *Arch Dermatol* 1973;107(1):70.
17. Bielan B. Scabies. *Dermatol Nurs* 2001;13(4):300.
18. Youssef M, Sadaka H, Eissa M, el-Ariny A. Topical application of ivermectin for human ectoparasites. *Am J Trop Med Hyg* 1995;53(6):652-653.
19. No authors listed. Permethrin. *Nurs Times* 2005;101(22):29.
20. Buffet M, Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundam Clin Pharmacol* 2003;17(2):217-25.
21. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355(9206):819-26.
22. Karthikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J* 2005;81(951):7-11.

23. Vettorato G, Carvalho A, Lecompte S, Trez E, Garcia V, Keitel E. Frequência de dermatoses infecciosas em 208 pacientes transplantados renais / Frequency of infectious dermatosis in 208 renal transplant recipients. *An bras dermatol* 2003;78(3):283-288.
24. Romanelli F. Treatment-resistant scabies and lice infections. *JAAPA* 2002;15(12):51-4.
25. Ogunbiyi A, Daramola O, Alese O. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004;43(1):31-6.
26. Alinovi A, Pretto M. Scabietic infestation of the scalp: a clue for puzzling relapses. *J Am Acad Dermatol* 1994;31(3 Pt 1):492-493.
27. Leppard B, Naburi A. The use of ivermectin in controlling an outbreak of scabies in a prison. *Br J Dermatol* 2000;143(3):520-3.
28. Heukelbach J, Oliveira F, Feldmeier H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle / Ectoparasitoses and public health in Brazil: challenges for control. *Cad saúde pública* 2003;19(5):1535-1540.
29. Tablada C. Incidencia de enfermedades trasmisibles. La escabiosis en el círculo infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6):595-600.
30. Inanir I, Sahin M, Gunduz K, Dinc G, Turel A, Ozturkcan S. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. *Pediatr Dermatol* 2002;19(4):307-311.
31. Heukelbach J, van Haeff E, Rump B, Wilcke T, Moura R, Feldmeier H. Parasitic skin diseases: health care-seeking in a slum in north-east Brazil. *Trop Med Int Health* 2003;8(4):368-73.
32. Norwood O. Male pattern baldness: classification and incidence. *South Med J* 1975;68(11):1359-65.
33. Murphy L, Buckley C. Scabies management in the community. *Ir J Med Sci* 2001;170(2):120-2.
34. Kovacs F, Brito M. Percepção da doença e automedicação em pacientes com escabiose. *An Bras Dermatol* 2006;81(4):335-40.
35. Madsen A. Why *Acarus scabiei* avoids the face. *Acta Derm Venereol* 1965;45(2):167-8.
36. Farrell A, Ross J, Bunker C, Staughton R. Crusted scabies with scalp involvement in HIV-1 infection. *Br J Dermatol* 1998;138(1):192-3.
37. Gimenez Garcia R, de la Lama Lopez Areal J, Avellaneda Martinez C. Scabies in the elderly. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(1):105-7.
38. Dourmishev A, Serafimova D, Dourmishev L, Mualla M, Papaharalambous V, Malchevsky T. Crusted scabies of the scalp in dermatomyositis patients: three cases treated with oral ivermectin. *Int J Dermatol* 1998; 37. (3):231-234.

ARTIGO II

ESCABIOSE EM CABEÇA E PESCOÇO: ESTAMOS RECONHECENDO-A?

Kovacs FT¹, Magalhães V², Bandeira AM³

1 Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

2 Professora Titular do Departamento de Medicina Tropical da UFPE

3 Professora Adjunta do Departamento de Dermatologia da UFPE

RESUMO

Fundamentos: Apesar da escabiose ser conhecida há milênios, o acometimento da cabeça e pescoço em pessoas com mais de 5 anos de idade é pouco relatado.

Objetivos: Descrever as lesões de escabiose encontradas em couro cabeludo, face, região retroauricular e auricular e pescoço.

Métodos: Em estudo prospectivo tipo série de casos, foram examinados 124 pacientes com escabiose clássica com 5 ou mais anos de idade, diagnosticados clinicamente, para pesquisa, descrição e registro fotográfico das lesões de cabeça e pescoço. Nestes locais, elas foram diagnosticadas clinicamente, com o raspado ou classificadas como apenas suspeitas.

Resultados: Foi observado acometimento da cabeça e pescoço pela escabiose em 35,8% dos pacientes. As lesões mais encontradas foram crostas hemáticas, pápulas eritematosas com e sem escoriações ou crostas sobrepostas e descamação adjacente. Os principais diagnósticos diferenciais foram dermatite seborréica com ou sem escoriação, acne, estrófulo e demodicidose.

Conclusões: Foram observadas lesões de escabiose na cabeça e pescoço em percentual maior que o descrito na literatura. Foram facilmente identificadas, porém não eram patognomônicas. Os achados reforçam a necessidade do exame clínico da cabeça e pescoço em pacientes com escabiose e fornecem subsídios para a identificação das lesões.

Palavras-chave: Escabiose, cabeça, pescoço, diagnóstico

ABSTRACT

Background: Although scabies has been known for thousands of years, lesions on the head and neck in patients five years old or older are seldom reported.

Objectives: To describe lesions of scabies on the scalp, face, behind and on the ears and neck.

Methods: A prospective study of series of cases was carried on to evaluate 124 patients five years old or older with classical scabies diagnosed clinically, in order to search, describe and photograph lesions on the head and neck. In these places, they were classified as diagnosed by clinical means, diagnosed by skin scraping or only suspected.

Results: Lesions on the head and neck were observed on 35,8% of the patients. The lesions most often observed were hematic crusts, red papules with and without scoriations or crusts over them and scales around. The main differential diagnosis were seborrheic dermatitis with or without scoriations, acne, insect bites and demodicidosis.

Conclusions: Lesions on the head and neck were observed in a higher percentage than those described on the literature. They were easily identified, but they were not pathognomonic. These findings reassure the need of examining the head and neck of patients with scabies and they provide data for identifying the referred lesions.

Key words: Scabies, head, neck, diagnosis

INTRODUÇÃO

A escabiose, conhecida há mais de 2500 anos, está presente em todas as zonas climáticas do planeta. A prevalência é incerta na maior parte dos países, já que em poucos ela constitui doença de notificação compulsória, como Noruega e Dinamarca¹. A incidência é maior quando há más condições de vida ou aglomerados²⁻⁴, um exemplo disto é que enquanto na Inglaterra houve menos que 1 caso por 1000 habitantes por mês em 1996⁵, a prevalência em população de favela urbana de Fortaleza é de 8,8%^{5,6}.

Manifesta-se clinicamente por prurido com acentuação noturna e lesões cutâneas polimórficas, que consistem em pápulas, nódulos, descamação, escoriações, crostas, vesículas ou mesmo bolhas simulando penfigóide bolhoso^{7, 8}. As localizações mais freqüentes são tronco, braços, membros inferiores, axilas, pênis, virilha e região perianal^{9, 10}. As pápulas são tipicamente vistas no tronco e provavelmente representam uma resposta imunológica ao ácaro, seus ovos e fezes¹¹. O hospedeiro normalmente desenvolve resposta imune celular que limita a disseminação dos ácaros e previne a superinfestação¹². Pápulas primárias, não escoriadas, encontradas na aréola mamária de mulheres e no pênis, são praticamente patognomônicas¹³. É típico o túnel, que consiste em pápula filiforme ondulada ou linear de até 1cm de diâmetro, com pequena vesícula contendo ponto preto na terminação conducente, mas ele é de difícil visualização em climas quentes^{14, 15}.

Lesões acima do pescoço são comuns na escabiose norueguesa¹⁶ e em crianças novas, porém em crianças mais velhas e adultos imunocompetentes são classicamente descritas como pouco freqüentes^{15, 17, 18}. Já em idosos, a escabiose pode apresentar-se mais frequentemente com lesões em locais não habituais, como face e couro cabeludo¹⁹. O motivo da baixa freqüência de infecção na face e couro cabeludo não é bem conhecido. Especula-se que esteja relacionado ao efeito inibitório do sebo ou ao número elevado de folículos pilosos nesta região, em torno de 16 vezes maior do que nas extremidades e abdome, cujos pêlos atuam como obstáculos no deslocamento do ácaro^{20, 21}. Chosidow em 2000 descreveu que a escabiose do couro cabeludo não estava limitada a crianças, pacientes em asilos e imunocomprometidos²², e Orkin refere que a escabiose em pacientes residentes em áreas tropicais não raramente envolve o couro cabeludo²³. Contudo nenhum destes dois autores descreveram os tipos de lesões observadas nestas localizações.

O diagnóstico é essencialmente clínico²⁴⁻²⁶, porém exames complementares podem confirmar a suspeita. O exame rotineiramente utilizado tem sido o raspado da pele com observação ao microscópio óptico, no qual o achado mais freqüente são os ovos. A sensibilidade do teste, contudo, é de apenas cerca de 54% em pessoas com mais de 6 anos de idade²⁷. A coleta é realizada preferencialmente das lesões de mãos, espaço interdigital, punhos, pés, pênis e região subungueal. As lesões com maior chance de resultar em achados positivos frequentemente passam despercebidas e consistem nos sulcos e túneis de cor cinza ou cor da pele, vesículas dos dedos e pápulas não escoriadas. Lesões muito escoriadas ou inflamadas provavelmente não conterão o ácaro. O procedimento deve ser repetido em quatro a cinco lesões, e todo o material deve ser colocado na mesma lâmina^{28, 29}.

Exceto pela ivermectina de uso oral, todos tratamentos disponíveis no momento para a escabiose são de uso tópico e incluem a permetrina, o bálsamo do Peru, o enxofre precipitado, a própria ivermectina a 0,8%, o monossulfiram e o benzoato de benzila^{24, 30}. Este último é a medicação rotineiramente disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A falta da aplicação adequada do escabicida tópico em toda a superfície corpórea, inclusive acima do pescoço, é uma causa de falha do tratamento⁹. Murphy e cols. em 2001 observaram que 20% dos pacientes haviam aplicado o produto apenas nas áreas pruriginosas, e que, quando lavavam as mãos após a aplicação da loção, frequentemente esta não era reaplicada³¹. Um dos principais motivos de falha terapêutica consiste na falta de explicação de como realizar corretamente a aplicação do produto tópico³².

Para o controle da escabiose numa população é necessário zelar pela higiene pessoal e detectar e tratar os infectados³³. Apesar da escassez de estudos sobre a percepção da escabiose, especula-se que seja baixo o grau de autodiagnóstico, de forma que a maioria das infestações passam despercebidas ou ignoradas². Em população favelada de Fortaleza-CE, apenas 52% dos infestados haviam procurado assistência médica. O diagnóstico da escabiose só foi realizado pelos médicos quando os pacientes se queixavam das lesões causadas pela mesma, o que ocorreu em apenas metade dos casos. A percepção dos autores é de que se trata de doença hiperendêmica, porém negligenciada pela própria população e pelos médicos³⁴.

É importante reconhecer a presença de lesões do *Sarcoptes scabiei* na cabeça e pescoço de pacientes infestados porque a alta prevalência da dermatose associada à falta de realização do tratamento tópico adequado pode aumentar o risco epidemiológico de maior disseminação da doença. A falha terapêutica, que pode ser secundária ao não uso da

medicação na cabeça e pescoço, aumenta o risco individual de complicações, como as infecções bacterianas e a glomerulonefrite pós-estreptocócica^{1, 26, 35}. Por outro lado, o uso indiscriminado da medicação tópica na cabeça e pescoço de todos os pacientes com escabiose poderia levar a dermatite de contato nestes locais e maior custo do tratamento. Desta forma, o presente estudo foi realizado com o objetivo de fornecer subsídios clínicos para o diagnóstico da infestação nestas localizações

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo prospectivo tipo série de casos em pacientes com 5 ou mais anos de idade acometidos pela escabiose clássica atendidos no ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco, onde são realizadas anualmente cerca de 10 mil consultas. Foram incluídos 124 pacientes que procuraram o serviço por demanda espontânea entre março e agosto de 2006. O diagnóstico de escabiose foi clínico, elaborado pelos médicos dermatologistas e residentes em dermatologia do serviço, após o qual os pacientes foram encaminhados para a pesquisadora principal. Foi realizada entrevista com o paciente, durante a qual foram coletados dados sócio-econômicos e perguntado sobre a coexistência de fatores que pudessem agravar a infestação, e procedia-se a exame físico mais detalhado, inclusive da cabeça e pescoço. Caso existissem lesões nestas últimas localizações que pudessem ser atribuíveis à escabiose, como pápulas, crostas, pústulas, nódulos, descamação, escoriações, vesículas ou bolhas, as mesmas eram fotografadas com câmera digital Fujifilm Finepix S7000 com resolução de 3M. Imediatamente realizava-se o raspado de todas estas para observação ao microscópio óptico com aumento de até 40x. Foi feita lâmina única para cada localização topográfica separadamente, nominalmente: couro cabeludo, face, pescoço ou região auricular, pré e retroauricular.

Em termos de diagnóstico, foram considerados acometidos por escabiose na forma clássica aqueles pacientes que apresentavam prurido associado à presença de pápulas eritematosas com ou sem crostículas sobrepostas em uma ou mais das seguintes localizações: abdome, mamas, axilas, glúteos, pênis, punhos, mãos³⁶.

As lesões de escabiose em cabeça e pescoço foram classificadas como confirmadas com o raspado, diagnosticadas clinicamente ou apenas suspeitas. Foi considerada confirmada com o raspado lesão com qualquer apresentação clínica cujo raspado fosse positivo³⁰. As lesões diagnosticadas clinicamente foram as pápulas eritematosas com ou sem crostículas

sobrepostas e crostículas isoladas, cujo raspado era negativo, e excluídas outras dermatoses, como dermatite de contato, pediculose capitis, prurigo estrófulo, tinea capitis (Heulkelbach, 2005, comunicação pessoal pela internet). As lesões apenas suspeitas, não consideradas como secundárias à escabiose devido à dificuldade de exclusão de outras doenças, foram as placas e máculas eritemato-escamosas, pústulas, vesículas e escoriações com história de trauma, cujo raspado fosse negativo.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do epi-info versão 6.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob protocolo número 1451.0.172.000-05. Os pacientes participaram do estudo após explicação sobre o trabalho e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 124 pacientes incluídos, 86,3% eram provenientes da Região Metropolitana do Recife e 54,8% eram do sexo feminino. Os pacientes tinham de 5 a 79 anos de idade, sendo a média de 36,8 anos (SD=18,1). O primeiro grau do ensino secundário não foi concluído em 56,5% dos casos. Dos 103 pacientes entre 18 e 65 anos, 60 (58,2%) referiam que estavam fora da população economicamente ativa. Os domicílios dos pacientes, que em 95,2% dos casos eram de alvenaria, tinham em média 4,3 cômodos e eram coabitados por uma média de 4,1 pessoas.

Entre os 124 pacientes estudados, 57 (46%) apresentavam alguma lesão em pescoço e ou cabeça que poderia fazer diagnóstico diferencial com lesões causadas pela escabiose. Em 13 destes, outras patologias não puderam ser excluídas nas duas áreas, como dermatite seborréica, foliculite, acne, e portanto tais lesões foram classificadas como apenas suspeitas. Os demais 44 pacientes (35,8%) apresentavam lesões de escabiose diagnosticadas clinicamente ou com o raspado em uma ou mais das referidas áreas.

Entre os 24 pacientes com lesões no couro cabeludo, 3 pacientes tiveram confirmação com o raspado: um paciente com alopecia grau VI tinha 8 crostas hemáticas em região parietal bilateral, uma apresentava 1 pápula eritematosa e outra eritemato-crostosa em região occipital, e a outra, que tinha como comorbidade a perda de 20% do peso corpóreo, tinha 6 crostas serohemáticas (Figura 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição das lesões observadas em cabeça e/ou pescoço de 57 pacientes com escabiose clássica entre os 124 estudados.

| Localização das lesões | Diagnosticadas com raspado | Diagnosticadas clinicamente | Apenas suspeitas | Total |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------|
| Couro cabeludo | 3 (2,4%) | 7 (5,6%) | 14 (11,3%) | 24 (19,3%) |
| Face | 1 (0,8%) | 5 (4%) | 3 (2,4%) | 9 (7,3%) |
| Região auricular, pré e retroauricular | 4 (3,2%) | 11 (8,9%) | 6 (4,8%) | 21 (16,9%) |
| Pescoço | 7 (5,6%) | 26 (21%) | 4 (3,2%) | 37 (29,8%) |

No couro cabeludo, entre os 7 pacientes com diagnóstico clínico, foram observadas pápulas eritematosas com e sem escoriação sobrejacente, crostas e descamação adjacente. Em 2 pacientes as lesões estavam na linha de implante de cabelos da região occipital. Um paciente, que tinha lesões em região parietal, tinha alopecia grau VI. Entre os 14 pacientes com lesões apenas suspeitas em couro cabeludo, 10 apresentavam eritema e descamação de graus variáveis semelhante à dermatite seborréica; 2 apresentavam eritema, descamação e raras crostas, semelhante à dermatite seborréica escoriada; 1 apresentava placa eritêmato-crostosa com 1cm diâmetro, cujo raspado foi positivo para *Demodex folliculorum*; e 1 apresentava poucas pápulas, crostas hemáticas e raras vesículas, cuja evolução confirmou um herpes zoster (Tabela 1).

Na face, o único paciente que teve lesão confirmada com o raspado tinha insuficiência renal crônica, e as lesões encontradas foram pápulas eritêmato-escoriadas e crostas hemáticas (Figura 3). Lesões na face diagnosticadas clinicamente foram observadas em 5 pacientes, que apresentavam pápulas eritêmato-escoriadas (Figura 4). Entre eles, uma tinha Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outra tinha colagenose em uso de imunossupressor. Entre as lesões apenas suspeitas na face, uma apresentava pápula eritematosa com descamação circular, cuja resolução necessitou de mais de 30 dias. O diagnóstico diferencial se fazia com lesões em involução de acne e dermatozoonose. Um paciente apresentava pápulas e placas eritematosas, algumas ulceradas e vesículas, cujo diagnóstico evolutivo foi de herpes zoster. O outro paciente apresentava escoriações e crostas hemáticas, porém tinha história de trauma por acidente automobilístico.

Na região auricular e retroauricular, 4 pacientes tiveram diagnóstico confirmado com raspado. Duas tinham em região retroauricular crostículas hemáticas e 1 tinha mácula eritematosa com escoriações sobrejacentes (Figura 5). A outra apresentava pápulas eritematosas em região retroauricular e concha, e crostas hemáticas em concha. Destes, 1 era contactante de familiar com escabiose norueguesa e outra tinha SIDA. Entre os casos



Figura 1. Lesão parietal confirmada com raspado



Figura 2. Lesão em couro cabeludo confirmada com raspado



Figura 3. Lesões em face confirmadas com raspado



Figura 4. Lesão em face confirmada clinicamente



Figura 5. Lesões em região retroauricular confirmadas com raspado



Figura 6. Lesões em pescoco diagnosticadas clinicamente

diagnosticados clinicamente, um tinha hepatite C e outro havia se automedicado para a escabiose com corticóides orais e parenterais. Na região retroauricular, foram observadas crostículas hemáticas, pápulas eritematosas com e sem escoriação e pápula cor da pele com crostículas sobrejacente. No pavilhão foram observadas pápulas eritematosas com e sem escoriação, e na região pré-auricular foi observada pápula eritemato-escoriada.

Na região auricular e retroauricular, 6 pacientes apresentavam lesões classificadas como apenas suspeitas. Dois apresentavam pápulas eritemato-vinhosas em pavilhão e região retroauricular, cujo diagnóstico diferencial se dava com estrófulo. Três pacientes tiveram raspado positivo para *Demodex folliculorum*, sendo que dois tinham crostículas e um tinha placa eritematosa de limites imprecisos em região retroauricular. Uma paciente tinha placa eritemato descamativa retroauricular semelhante à dermatite seborréica.

No pescoço, entre os 7 pacientes com diagnóstico confirmado com raspado, 1 era contactante de familiar com escabiose norueguesa, 1 tinha SIDA e outra tinha perda recente de 20% do peso corporal. As lesões encontradas foram pápulas eritematosas com e sem escoriação e crostículas. Lesões diagnosticadas clinicamente foram observadas em 26 pacientes, sendo que 2 destes eram contactantes de familiar com escabiose norueguesa. As lesões encontradas foram pápulas eritematosas com e sem escoriação e crostículas (Figura 6). Entre os 4 pacientes com lesões apenas suspeitas, 2 jovens apresentavam pápula eritematosa submandibular e pápulo-pústula cervical posterior, que faziam diagnóstico diferencial com acne. Um tinha pápulas eritemato-vinhosas e raras pústulas, semelhante a estrófulo com infecção secundária, e um com hepatite C crônica tinha pápula eritemato-escoriada com raspado positivo para *Demodex folliculorum*.

DISCUSSÃO

A confirmação parasitológica da escabiose, sobretudo em lesões escoriadas, é difícil visto que o raspado tem baixa sensibilidade²⁷. A dermatoscopia tem sensibilidade semelhante à do raspado^{37, 38}, e geralmente são recomendados lentes caras, de aumento de 100 a 1000 vezes³⁸⁻⁴⁰, em contraste com o dermatoscópio da rotina do dermatologista no qual as lentes são geralmente de aumento de 10 vezes. O diagnóstico por critérios clínicos está susceptível a erro, mas é desta forma que é realizado na maioria dos casos da prática^{24, 36} e em muitos dos grandes estudos^{2, 4-6}, exceto pelos artigos de validação de teste e relato de caso.

O primeiro relato de infecção em couro cabeludo em paciente com escabiose clássica foi em 1981. A paciente apresentava eritema e descamação em couro cabeludo semelhante à

dermatite seborréica, e havia sido tratada com hidrocortisona tópica, quando então além do eritema surgiu lesão em placa eritêmato-crosto-exulcerada de 3x5cm⁴¹. O diagnóstico foi confirmado com raspado. McDonald também refere que lesões eritêmato-escamosas em couro cabeludo semelhantes à dermatite seborréica fazem diagnóstico diferencial com escabiose⁴². Contudo, nenhum dos pacientes com lesões semelhantes à dermatite seborréica no presente estudo tiveram o diagnóstico confirmado com o raspado, apesar de que um deles havia tido várias recorrências da escabiose em curto período de tempo, as quais cessaram com o tratamento do couro cabeludo. As lesões de couro cabeludo confirmadas com raspado foram do tipo crosta hemática e serohemática, pápula eritematosa e pápula eritêmato-crostosa.

Em comunidades pobres do Ceará, encontraram-se lesões de escabiose na face, pescoço ou couro cabeludo em 10% dos pacientes com 5 ou mais anos de idade⁶. No referido artigo, onde o diagnóstico foi puramente clínico, não foram descritos os tipos de lesões; porém, em comunicação pessoal posterior, esclareceu-se que as lesões foram principalmente pápulo-crostosas. No presente estudo, entre os 7 pacientes que tiveram o diagnóstico clínico de escabiose no couro cabeludo, as lesões observadas foram pápulas eritematosas com e sem escoriação sobrejacente, crostas e descamação adjacente às lesões mencionadas. Em 2 pacientes as lesões estavam na linha de implante de cabelos da região occipital. Um paciente, que tinha lesões em região parietal, tinha alopecia androgenética grau VI na escala de Hamilton-Norwood.

Em pacientes imunodeprimidos, como os com AIDS com contagem de CD4 abaixo de 70 ou portadores de colagenoses em uso de imunossupressores, a infestação acima do pescoço é mais frequentemente observada, e pode cursar com lesões eritêmato-escamo-crostosas^{21, 43}. Entre os seis pacientes com lesões na face, três tinham comorbidades, inclusive o único cujo raspado foi positivo. As lesões foram pápulas eritêmato-escoriadas e crostas hemáticas.

Chouela e cols. em 2002 referiram que as lesões acima do pescoço ocorrem mais em climas quentes, particularmente nas pessoas acamadas ou em crianças, e que a prega retroauricular é local comum para o ácaro se esconder. Contudo, não detalharam os tipos de lesões mais encontradas nestas localizações, descrevendo-as apenas como “variáveis”⁴⁴. As lesões encontradas na região retroauricular confirmadas com raspado foram pápulas eritematosas, crostículas hemáticas e mácula eritematosa com escoriações sobrejacentes. Foram observadas lesões também na concha, constituídas por pápulas eritematosas e crostas hemáticas. Entre as diagnosticadas clinicamente na região retroauricular, foram observadas

crostículas hemáticas, pápulas eritematosas com e sem escoriação e pápula cor da pele com crostículas sobrejacente. No pavilhão foram observadas pápulas eritematosas com e sem escoriação, e na região pré-auricular foi observada pápula eritêmato-escoriada. O *Demodex folliculorum* foi encontrado em três pacientes cujas lesões foram classificadas como apenas suspeitas. Apesar deste ácaro ser frequentemente encontrado na pele sã, ele pode ser responsável por prurido e eritema não específicos, pápulas, pústulas, descamação pitiriasiforme⁴⁵.

O reconhecimento de lesões de escabiose no pescoço faz-se importante para enfatizar ao paciente que a cura requer o tratamento delas. De forma geral, recomenda-se que a medicação tópica em crianças de até 5 anos e na escabiose norueguesa seja aplicada também no pescoço e couro cabeludo. No caso de crianças mais velhas ou adultos com a forma clássica da escabiose, uma parte dos estudos recomenda o uso do escabicida apenas nas áreas abaixo do pescoço^{11, 46}, porém outra parte enfatiza a necessidade de tratar também a cabeça e o pescoço^{22, 30, 47}, já que podem constituir reservatório para o ácaro. Há ainda a confusa terminologia “do pescoço para baixo”, utilizada por alguns autores, onde não fica claro se o pescoço está parcialmente, por completo ou se não está incluído na área a ser tratada⁴⁸. No presente estudo, o pescoço foi acometido em 26,8% dos pacientes. As lesões encontradas foram pápulas eritematosas com e sem escoriação e crostículas. Eram facilmente identificadas e estavam distribuídas desde a base do pescoço até a linha de implante do cabelo.

Como as lesões em cabeça e pescoço podem se assemelhar a outras dermatoses, levando a erro diagnóstico, alguns centros adotaram o tratamento sistemático destas regiões. Foi o caso na Itália, a partir de dois casos de escabiose recidivante em adulto por persistência do ácaro no couro cabeludo⁴⁹. Já em outros, como no Rio Grande do Sul, ao estudar 179 adultos com escabiose, a cabeça e pescoço não foram tratados porque, segundo os autores, não foi observada nenhuma lesão. Os autores, porém, referiram que não existiam lesões nestas regiões porque não havia crianças entre os examinados, o que faz questionar se as referidas localizações foram inspecionadas e de fato não estavam acometidas ou se, de antemão, pelo fato de serem pacientes adultos, os examinadores assumiram que não existiriam lesões¹⁴. Como as medicações tópicas podem ter efeitos colaterais, especialmente o benzoato de benzila, seria interessante o exame clínico e o reconhecimento da presença de lesões de escabiose na cabeça e pescoço de crianças mais velhas e adultos imunocompetentes para deliberar sobre seu respectivo tratamento.

CONCLUSÃO

Foi observado acometimento da cabeça e pescoço de 35,8% dos pacientes com escabiose estudados, prevalência alta e que reforça a necessidade do exame clínico da cabeça e do pescoço. As lesões destes locais eram facilmente identificáveis, porém não eram patognomônicas. Os tipos mais encontrados foram crostas hemáticas, pápulas eritematosas com e sem escoriações ou crostas sobrepostas e descamação adjacente. Os principais diagnósticos diferenciais foram dermatite seborreica com ou sem escoriação, acne, estrófulo ou demodecidose. Os achados fornecem subsídios para que os profissionais da saúde identifiquem as lesões de tais locais causadas pela infestação.

REFERÊNCIAS

1. Reid H, Poon-King T. Epidemic scabies and associated acute glomerulonephritis in Trinidad. *Bull. Pan Am. Health Organ* 1988;22(1):103-107.
2. Inanir I, Sahin M, Gunduz K, Dinc G, Turel A, Ozturkcan S. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. *Pediatr Dermatol* 2002;19(4):307-311.
3. Magnabosco E, Prado A. Fatores epidemiológicos de risco associados à escabiose / Epidemiological risk factors associated to scabies. *An bras dermatol* 1998;73(3):239-243.
4. Badame A. Incidence of skin disease in rural Jamaica. *Int J Dermatol* 1988;27(2):109-111.
5. Downs A, Harvey I, Kennedy C. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiol Infect* 1999;122(3):471-477.
6. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, Feldmeier H. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. *Br J Dermatol* 2005;153(1):150-156.
7. Bielan B. Scabies. *Dermatol Nurs* 2001;13(4):300.
8. Haustein U. Bullous scabies. *Dermatology* 1995;190(1):83-84.
9. Romanelli F. Treatment-resistant scabies and lice infections. *JAAPA* 2002;15(12):51-4.
10. Petri V, Cestari S. Dermatoses Ectoparasitárias. In: Petri V, editor. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina - Dermatologia*. 1 ed: Manole; 2003. p. 51-54.
11. Flinders D, De Schweinitz P. Pediculosis and scabies. *Am Fam Physician* 2004;69(2):341-8.
12. Roberts L, Huffam S, Walton S, Currie B. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J Infect* 2005;50(5):375-381.

13. Potts J. Eradication of ectoparasites in children. How to treat infestations of lice, scabies, and chiggers. *Postgrad Med* 2001;110(1):57-9, 63-4.
14. Carlos Gerbase A, Schwartz J, Gorelick M, Gutierrez M. Clinical picture in scabies: comparison of the clinical description found in the literature with 179 patients examined. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984;12(6):513-8.
15. Wakhlu I, Thakur S, Govil Y, Rastogi A. Clinical profile of scabies in north Indian children. *Indian Pediatr* 1988;25(11):1050-1053.
16. Achenbach R. El aumento de la sarna y su tratamiento / The increase of the scabies and its treatment. *Bol Acad Nac Med B Aires* 1995;73(2):701-6.
17. Brunetti B, Vitiello A, Delfino S, Sammarco E. Findings in vivo of *Sarcoptes scabiei* with incident light microscopy. *Eur J Dermatol* 1998;8(4):266-267.
18. Arya V, Molinaro M, Majewski S, Schwartz R. Pediatric scabies. *Cutis* 2003;71(3):193-6.
19. Gimenez Garcia R, de la Lama Lopez Areal J, Avellaneda Martinez C. Scabies in the elderly. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(1):105-7.
20. Madsen A. Why *Acarus scabiei* avoids the face. *Acta Derm Venereol* 1965;45(2):167-8.
21. Farrell A, Ross J, Bunker C, Staughton R. Crusted scabies with scalp involvement in HIV-1 infection. *Br J Dermatol* 1998;138(1):192-3.
22. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355(9206):819-26.
23. Orkin M. Scabies: what's new? *Curr Probl Dermatol* 1995;22:105-11.
24. Aguiar F, Roika A, Pinatti A, Gutbier M. Protocolo de conduta: educação e prevenção em saúde para o enfrentamento da escabiose em pré-escolares / Conduct protocol: education and prevention in health for facing scabies' disease in pre-school. *J bras med* 2003;85(3):56-66.
25. Sagua H, Rivera A, Zamora M, Neira I, Araya J, Maluenda R. Epidemiological study of pediculosis capitis and scabies in schoolchildren from Antofagasta, Chile, 1995. *Bol Chil Parasitol* 1997;52(1-2):33-6.
26. Mahe A, Prual A, Konate M, Bobin P. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995;89(5):467-470.
27. Palicka P, Malis L, Samsinak K, Zitek K, Vobrazkova E. Laboratory diagnosis of scabies. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1980;24(1):63-70.
28. Austin V. Mineral oil versus KOH for *Sarcoptes*. *J Am Acad Dermatol* 1982;7(4):555-556.
29. Muller G, Jacobs P, Moore N. Scraping for human scabies. A better method for positive preparations. *Arch Dermatol* 1973;107(1):70.
30. Buffet M, Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundam Clin Pharmacol* 2003;17(2):217-25.
31. Murphy L, Buckley C. Scabies management in the community. *Ir J Med Sci* 2001; 170(2):120-2.
32. Ogunbiyi A, Daramola O, Alese O. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004;43(1):31-6.
33. Tablada C. Incidencia de enfermedades transmisibles. La escabiosis en el círculo infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6):595-600.
34. Heukelbach J, van Haeff E, Rump B, Wilcke T, Moura R, Feldmeier H. Parasitic skin diseases: health care-seeking in a slum in north-east Brazil. *Trop Med Int Health* 2003;8(4):368-73.
35. Reid H, Bassett D, Gaworzewska E. Streptococcal serotypes newly associated with epidemic post-streptococcal acute glomerulonephritis. *J Med Microbiol* 1990;32:111-114.

36. Heukelback J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006;367:1767-74.
37. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol* 2007;56(1):53-62.
38. Micali G, Lacarrubba F, Lo Guzzo G. Scraping versus videodermatoscopy for the diagnosis of scabies: a comparative study. *Acta Derm Venereol* 1999;79(5):396.
39. Micali G, Lacarrubba F, Tedeschi A. Videodermatoscopy enhances the ability to monitor efficacy of scabies treatment and allows optimal timing of drug application. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(2):153-4.
40. Lacarrubba F, Musumeci M, Caltabiano R, Impallomeni R, West D, Micali G. High-magnification videodermatoscopy: a new noninvasive diagnostic tool for scabies in children. *Pediatr Dermatol* 2001;18(5):439-41.
41. Elmros T, Hornqvist R. Infestation of scabies in the scalp area. *Acta Derm Venereol* 1981;61(4):360-2.
42. McDonald L, Smith M. Diagnostic Dilemmas in Pediatric/Adolescent Dermatology: Scaly Scalp. *J Pediatr Health Care* 1998;12(2):80-4.
43. Dourmishev A, Serafimova D, Dourmishev L, Mualla M, Papaharalambous V, Malchevsky T. Crusted scabies of the scalp in dermatomyositis patients: three cases treated with oral ivermectin. *Int J Dermatol* 1998; 37. (3):231-234.
44. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez M. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol* 2002;3(1):9-18.
45. Karıncaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M. The clinical importance of demodex folliculorum presenting with nonspecific facial signs and symptoms. *J Dermatol* 2004;31(8):618-26.
46. Youssef M, Sadaka H, Eissa M, el-Ariny A. Topical application of ivermectin for human ectoparasites. *Am J Trop Med Hyg* 1995;53(6):652-653.
47. Permethrin. *Nurs Times* 2005;101(22):29.
48. Karthikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J* 2005;81(951):7-11.
49. Alinovi A, Pretto M. Scabietic infestation of the scalp: a clue for puzzling relapses. *J Am Acad Dermatol* 1994;31(3 Pt 1):492-493.

ANEXO 1

Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética



SERVICO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 013/2006 – CEP/CCS/UFPE

Recife, 08 de fevereiro de 2006.

Registro do SISNEP FR – 79546

CAAE – 1451.0.172.000-05

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 337/2005

TÍTULO: "Escabiose em cabeça e pescoço de pacientes com cinco ou mais anos de idade: estudo da frequência e características clínicas".

Senhora Pesquisadora,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para coleta de dados em 08 de fevereiro de 2006.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/01/2007).

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Geraldo Bosco Lindoso Couto', written over a horizontal line.

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE.

A

Mestranda, Fabiana Thais Kovacs

Mestrado em Medicina Tropical – CCS /UFPE.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Escabiose em cabeça e pescoço em pacientes com 5 ou mais anos de idade: Estudo da frequência e características clínicas

Pesquisadora responsável: Fabiana Thais Kovacs

CPF: 020 584 844-36

Endereço: R. Setúbal 860 bloco B aptº 1103 CEP 51030-010 - Recife/PE.

Fone: 81 3341 6503 E-mail: fabianatk@hotmail.com

Este termo de consentimento pode ter palavras ou expressões que você não utiliza comumente. Caso alguma palavra ou frase não esteja clara solicitamos que peça explicações. Assim, pergunte se houver dúvidas.

Esta pesquisa será realizada no Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Será aplicado um questionário durante entrevista com você para coleta de informações sobre a doença de pele existente. Caso existam lesões em cabeça e pescoço, será feito o raspado das mesmas para tentar confirmar se a causa delas é a sarna.

RISCOS

Durante a aplicação do questionário, você poderá ficar constrangido em responder uma ou mais perguntas. Caso você não se sinta à vontade para responde-las, você poderá desistir de participar do estudo sem que isto comprometa o seu tratamento e acompanhamento.

Caso existam lesões de pele na sua cabeça ou no pescoço, será feito o raspado da mesma por uma profissional experiente. Este exame poderá levar temporariamente a desconforto, dor ou mesmo pequeno sangramento.

BENEFÍCIOS

Este estudo será benéfico para você porque o raspado das lesões permitirá saber se as que você tem na cabeça e pescoço são pelo mesmo motivo que as do corpo. Permitirá ainda o diagnóstico de outras doenças cujo tratamento é diferente do tratamento da sarna, como a presença de fungos na cabeça.

Ele permitirá que você compreenda melhor a sua doença na pele. Será uma oportunidade de você dialogar com o entrevistador para tirar suas dúvidas. Durante e após o término da aplicação do questionário, o entrevistador lhe explicará com clareza o que é, como se transmite e como deverá ser tratada a sua doença. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir para que os profissionais de saúde entendam melhor a doença de pele que você tem no momento. Não haverá qualquer despesa para você e o seu tratamento não sofrerá qualquer alteração em decorrência dessa pesquisa. O seu tratamento continuará sendo acompanhado por médico especializado no HC.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

O estudo adotou como base ética a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os relatórios e publicações resultantes dessa pesquisa conterão os resultados de forma sumária e a identificação do paciente será mantida em sigilo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação é voluntária. Os pacientes participantes desta pesquisa estarão livres para interromper a qualquer momento. O seu tratamento não será alterado, caso você decida participar ou não desta pesquisa.

COMITÊ DE ÉTICA

Este projeto foi avaliado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/Ministério da Saúde, Brasília).

Sendo assim, concordo em participar como voluntário não remunerado dessa pesquisa, estando ciente dos riscos e benefícios desses procedimentos para minha pessoa, conforme exposto acima.

Sei que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo para mim.

Visto que nada tenho contra a pesquisa, concordo em assinar o presente termo de consentimento.

Recife, _____, _____, _____ .

Voluntário

Assinatura

Representante legal (se < 21 anos)

Assinatura

1º testemunha

Assinatura

2º testemunha

Assinatura

Pesquisador responsável

ANEXO 3

Protocolo sobre escabiose em cabeça e pescoço

Nome _____

Telefone _____

Procedência _____

Data da entrevista ___/___/___

Sexo

1. Masc

2. Fem

Idade (anos) _____

Data de nascimento ___/___/___

Escolaridade

1. Analfabeto

2. 1ª à 4ª série

3. 5ª à 8ª série

4. 2º Grau

5. Superior – Graduação

6. Mestrado ou Doutorado

8. Sem informação

Profissão: _____

Tipo de moradia

1. Alvenaria

2. Casa de madeira

3. Casa de papelão, plástico ou taipa

Quantos cômodos (não contar banheiros e varandas): _____

Quantas pessoas residem no domicílio: _____

O motivo principal da consulta foi a escabiose?

1. Sim

2. Não

Medicações orais ou parenterais em uso (imunossupressores, corticóides, QT)

1. Sim _____

2. Não

Usa corticóide tópico nas lesões?

1. Sim

2. Não

Tratamento tópico prévio para escabiose

1. Sim
 1. Apenas onde coça
 2. Apenas no corpo
 3. No corpo, cabeça e pescoço
2. Não

Localização das lesões da escabiose no corpo

- a. Pés
- b. Pernas
- c. Coxas
- d. Genital
- e. Glúteos
- f. Abdome
- g. Tórax anterior
- h. Tórax posterior
- i. Região axilar
- j. Braços
- k. Antebraços
- l. Mãos



Alopecia Androgénica

1. Sim. Grau _____
2. Não

Lesões em pescoço

1.Sim _____ **FOTO**

1. Pápula n= _____
2. Placas n= _____ Tamanho= _____
3. Crostas n= _____
4. Vesículas n= _____

2. Não

Lesões em couro cabeludo

1.Sim _____ **FOTO**

1. Pápula n= _____
2. Placas n= _____ Tamanho= _____
3. Descamação _____
4. Crostas n= _____
5. Vesículas n= _____

2.Não

Lesões em região auricular, retro ou pré-auricular

1.Sim _____ **FOTO**

1. Pápula n= _____
2. Placas n= _____ Tamanho= _____
3. Crostas n= _____
4. Vesículas n= _____

2.Não

Lesões em face

1.Sim _____ **FOTO**

5. Pápula n= _____
6. Placas n= _____ Tamanho= _____
7. Crostas n= _____
8. Vesículas n= _____

2.Não

Teste do raspado p/ *S. scabiei*

1.Número de lesões raspadas _____

2.Positivo p/

- a. Ácaro local: _____
- b. Ovos local: _____
- c. Fezes local: _____

3. Negativo _____

ANEXO 4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

Achenbach, R. (1995). "El aumento de la sarna y su tratamiento / The increase of the scabies and its treatment." *Bol Acad Nac Med B Aires* 73(2): 701-6.

Aguiar, F., A. Roika, et al. (2003). "Protocolo de conduta: educação e prevenção em saúde para o enfrentamento da escabiose em pré-escolares / Conduct protocol: education and prevention in health for facing scabies' disease in pre-school." *J bras med* 85(3): 56-66.

Alinovi, A. and M. Pretto (1994). "Scabietic infestation of the scalp: a clue for puzzling relapses." *J Am Acad Dermatol* 31(3 Pt 1): 492-493.

Arlian, L., R. Runyan, et al. (1984). "Host-seeking behavior of *Sarcoptes scabiei*." *J Am Acad Dermatol* 11: 594-598.

Arya, V., M. Molinaro, et al. (2003). "Pediatric scabies." *Cutis* 71(3): 193-6.

Austin, V. (1982). "Mineral oil versus KOH for *Sarcoptes*." *J Am Acad Dermatol* 7(4): 555-556.

Badame, A. (1988). "Incidence of skin disease in rural Jamaica." *Int J Dermatol* 27(2): 109-111.

Bezold, G., M. Lange, et al. (2001). "Hidden scabies: diagnosis by polymerase chain reaction." *Br J Dermatol* 144 (3): 615-8.

Bielan, B. (2001). "Scabies." *Dermatol Nurs* 13(4): 300.

Brunetti, B., A. Vitiello, et al. (1998). "Findings in vivo of *Sarcoptes scabiei* with incident light microscopy." *Eur J Dermatol* 8(4): 266-267.

Buffet, M. and N. Dupin (2003). "Current treatments for scabies." *Fundam Clin Pharmacol* 17(2): 217-25.

Carlos Gerbase, A., J. Schwartz, et al. (1984). "Clinical picture in scabies: comparison of the clinical description found in the literature with 179 patients examined." *Med Cutan Ibero Lat Am* 12(6): 513-8.

Chosidow, O. (2000). "Scabies and pediculosis." *Lancet* 355(9206): 819-26.

Chouela, E., A. Abeldano, et al. (2002). "Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide." *Am J Clin Dermatol* 3(1): 9-18.

Dourmishev, A., D. Serafimova, et al. (1998). "Crusted scabies of the scalp in dermatomyositis patients: three cases treated with oral ivermectin." *Int J Dermatol* 37. (3): 231-234.

Downs, A., I. Harvey, et al. (1999). "The epidemiology of head lice and scabies in the UK." *Epidemiol Infect* 122(3): 471-477.

Dupuy, A., L. Dehen, et al. (2007). "Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies." *J Am Acad Dermatol* 56(1): 53-62.

Elmros, T. and R. Hornqvist (1981). "Infestation of scabies in the scalp area." *Acta Derm Venereol* 61(4): 360-2.

Farrell, A., J. Ross, et al. (1998). "Crusted scabies with scalp involvement in HIV-1 infection." *Br J Dermatol* 138(1): 192-3.

Flinders, D. and P. De Schweinitz (2004). "Pediculosis and scabies." *Am Fam Physician* 69(2): 341-8.

Gimenez Garcia, R., J. de la Lama Lopez Areal, et al. (2004). "Scabies in the elderly." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18(1): 105-7.

Haustein, U. (1995). "Bullous scabies." *Dermatology* 190(1): 83-84.

Hay, R. (2004). "Scabies--learning from the animals." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18(2): 129-30.

Heukelbach, J. and H. Feldmeier (2004). "Ectoparasites--the underestimated realm." *Lancet* 363(9412): 889-891.

Heukelbach, J., F. Oliveira, et al. (2003). "Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle / Ectoparasitoses and public health in Brazil: challenges for control." *Cad saúde pública* 19(5): 1535-1540.

Heukelbach, J., E. van Haeff, et al. (2003). "Parasitic skin diseases: health care-seeking in a slum in north-east Brazil." *Trop Med Int Health* 8(4): 368-73.

Heukelbach, J., T. Wilcke, et al. (2005). "Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil." *Br J Dermatol* 153(1): 150-156.

Heukelbach, J. and H. Feldmeier (2006). "Scabies." *Lancet* 367: 1767-74.

Inanir, I., M. Sahin, et al. (2002). "Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors." *Pediatr Dermatol* 19(4): 307-311.

Karincaoglu, Y., N. Bayram, et al. (2004). "The clinical importance of demodex folliculorum presenting with nonspecific facial signs and symptoms." *J Dermatol* 31(8): 618-26.

Karthikeyan, K. (2005). "Treatment of scabies: newer perspectives." *Postgrad Med J* 81(951): 7-11.

Kovacs, F. and M. Brito (2006). "Percepção da doença e automedicação em pacientes com escabiose." *An Bras Dermatol* 81(4): 335-40.

Lacarrubba, F., M. Musumeci, et al. (2001). "High-magnification videodermatoscopy: a new noninvasive diagnostic tool for scabies in children." *Pediatr Dermatol* 18(5): 439-41.

Leppard, B. and A. Naburi (2000). "The use of ivermectin in controlling an outbreak of scabies in a prison." *Br J Dermatol* 143(3): 520-3.

Madsen, A. (1965). "Why *Acarus scabiei* avoids the face." *Acta Derm Venereol* 45(2): 167-8.

Magnabosco, E. and A. Prado (1998). "Fatores epidemiológicos de risco associados à escabiose / Epidemiological risk factors associated to scabies." *An bras dermatol* 73(3): 239-243.

Magnabosco, E. and A. Prado (1999). "Incidência e avaliação sazonal de escabiose na periferia de Porto Alegre / Communication." *An bras dermatol* 74(3): 289-291.

Mahe, A., A. Prual, et al. (1995). "Skin diseases of children in Mali: a public health problem." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 89(5): 467-470.

Maunder, J. (1998). "Lice and scabies: myths and reality." *Dermatol Clin* 16(4): 843-845.

McDonald, L. and M. Smith (1998). "Diagnostic Dilemmas in Pediatric/Adolescent Dermatology: Scaly Scalp." *J Pediatr Health Care* 12(2): 80-4.

Mellanby, K. (1994). "The development of symptoms, parasitic infection and immunity in human scabies." *Parasitology* 35: 197-206.

Micali, G., F. Lacarrubba, et al. (1999). "Scraping versus videodermatoscopy for the diagnosis of scabies: a comparative study." *Acta Derm Venereol* 79(5): 396.

Micali, G., F. Lacarrubba, et al. (2004). "Videodermatoscopy enhances the ability to monitor efficacy of scabies treatment and allows optimal timing of drug application." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18(2): 153-4.

Muller, G., P. Jacobs, et al. (1973). "Scraping for human scabies. A better method for positive preparations." *Arch Dermatol* 107(1): 70.

Murphy, L. and C. Buckley (2001). "Scabies management in the community." *Ir J Med Sci* 170(2): 120-2.

No authors listed (2005). "Permethrin." *Nurs Times* 101(22): 29.

Norwood, O. (1975). "Male pattern baldness: classification and incidence." *South Med J* 68(11): 1359-65.

- Ogunbiyi, A., O. Daramola, et al. (2004). "Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria." *Int J Dermatol* 43(1): 31-6.
- Oliveira Filho, J., M. Nogueira, et al. (1995). "Casuística do Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Santo Amaro no período de 5 anos / Case study of "Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Santo Amaro" during 5 years." *J bras med* 68(5): 139-44.
- Orkin, M. (1995). "Scabies: what's new?" *Curr Probl Dermatol* 22: 105-11.
- Palicka, P., L. Malis, et al. (1980). "Laboratory diagnosis of scabies." *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 24(1): 63-70.
- Petri, V. and S. Cestari (2003). *Dermatoses Ectoparasitárias. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina - Dermatologia*. V. Petri, Manole: 51-54.
- Ploysangamos, T., D. Breneman, et al. (1998). "Cutaneous pseudolymphomas." *J Am Acad Dermatol* 38: 877-905.
- Portu, J., J. Santamaria, et al. (1996). "Atypical scabies in HIV-positive patients." *J Am Acad Dermatol* 34: 915-917.
- Potts, J. (2001). "Eradication of ectoparasites in children. How to treat infestations of lice, scabies, and chiggers." *Postgrad Med* 110(1): 57-9, 63-4.
- Reid, H., D. Bassett, et al. (1990). "Streptococcal serotypes newly associated with epidemic post-streptococcal acute glomerulonephritis." *J Med Microbiol* 32: 111-114.
- Reid, H. and T. Poon-King (1988). "Epidemic scabies and associated acute glomerulonephritis in Trinidad." *Bull. Pan Am. Health Organ* 22(1): 103-107.
- Roberts, L., S. Huffam, et al. (2005). "Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature." *J Infect* 50(5): 375-381.
- Romanelli, F. (2002). "Treatment-resistant scabies and lice infections." *JAAPA* 15(12): 51-4.
- Sagua, H., A. Rivera, et al. (1997). "Epidemiological study of pediculosis capitis and scabies in schoolchildren from Antofagasta, Chile, 1995." *Bol Chil Parasitol* 52(1-2): 33-6.
- Tablada, C. (1998). "Incidencia de enfermedades transmisibles. La escabiosis en el círculo infantil." *Rev Cubana Med Gen Integr* 14(6): 595-600.
- Takeshita, T. and H. Takeshita (2000). "Crusted (Norwegian) scabies in a patient with smoldering adult T-cell leukemia." *J Dermatol* 27(10): 677-679.

Vettorato, G., A. Carvalho, et al. (2003). "Frequência de dermatoses infecciosas em 208 pacientes transplantados renais / Frequency of infectious dermatosis in 208 renal transplant recipients." *An bras dermatol* 78(3): 283-288.

Wakhlu, I., S. Thakur, et al. (1988). "Clinical profile of scabies in north Indian children." *Indian Pediatr* 25(11): 1050-1053.

Witkowski, J. and L. Parish (1984). "Scabies. Subungual areas harbor mites." *JAMA* 252(10): 1318-1319.

Woodley, D. and J. Saurat (1981). "The Burrow Ink Test and the scabies mite." *J Am Acad Dermatol* 4(6): 715-722.

Youssef, M., H. Sadaka, et al. (1995). "Topical application of ivermectin for human ectoparasites." *Am J Trop Med Hyg* 53(6): 652-653.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)