

Prurigo escabíótico. A propósito de um tratamento eficaz

Prurigo socbies. An effective treatment

Prezado editor,

Por definição, prurigo é um quadro cutâneo pruriginoso que é acompanhado de erupção papulosa, vesicular e/ou nodular[1]. Escabiose é uma doença cutânea contagiosa causada pela infestação do ácaro *Sarcoptes scabie var. hominis*. Ocorre mais entre crianças e adultos jovens e sua apresentação vulgar é caracterizada por erupção pápulo-eritematosa pruriginosa difusa, predominando em tronco[2].

O prurigo nodular surge como quadro reacional inflamatório/imunológico aos elementos do ácaro, seja o corpo, fezes ou ovos[1]. De fato, pode ser considerado um pseudolinfoma, i.e., uma hiperplasia linfóide reativa e benigna. A maioria dos casos corresponde a indivíduos que apresentaram a infestação por período superior a quatro semanas, seja pela falta de auxílio médico ou diagnóstico/tratamento inadequado. Pode acompanhar a escabiose desde o inicio, porém normalmente é uma manifestação tardia da infestação. Não raramente, pacientes adequadamente tratados da escabiose, porém tardivamente, manifestam esta doença.

O prurigo escabíótico clinicamente caracteriza-se por lesões papulosas e nodulares, extremamente pruriginosas, localizadas habitualmente nas áreas de maior temperatura corporal (Figura 1). Assim, a região genital, mamária e axilar



Figura 1. Prurigo escabíótico. Lesões papulosas e nodulares, eritematosas e discretamente infiltradas na região genital.

são os locais preferenciais[1]. Salienta-se que o ato de coçar mantém o quadro, gerando um ciclo vicioso.

O diagnóstico é dominado pela clínica (anamnese e exame físico), pois o achado do ácaro é incomum e o exame histopatológico identificará uma reação linfocitária inespecífica. O tratamento é a principal dificuldade desta afecção. Primeiro, deve haver uma plena relação médico-paciente, pois o quadro é extremamente irritante e demonstra lentidão na resolução sintomática. Assim, não raramente, o paciente já percorreu vários médicos por não compreender a evolução da sua doença. Frequentemente, a resolução do quadro é gradual e se completa entre 4 a 8 semanas.

Cabe ao dermatologista, estabelecer uma terapia adequada ao paciente e isto significa o controle seguro e mais rápido possível do prurido. Caso haja evidência de infestação deve ser tratada concomitantemente. No que tange o prurigo escabíótico, das diversas opções terapêuticas, a infiltração intralesional com triancilona é considerada a melhor medida, sendo aplicado na diluição 4 mg/ml[1, 3]. Pode ser

reaplicado a cada 10-14 dias. Particularmente, creio ser uma medida eficaz, porém desconfortável desde que é habitual ter várias lesões, e sendo comum em áreas genitais, não bem aceito pelo paciente. A crioterapia pode ser associada a infiltração aumentando a eficácia terapêutica.

A melhor terapia é a que melhor se adapta ao perfil e status clínico do paciente. Desta premissa, adiciona-se a rapidez com que possamos controlar o prurido. Assim, considero a melhor terapia a combinação de corticóide e anti-histamínico sistêmico e corticóide tópico. A prednisolona tem poucos efeitos mineralocorticoides e já é o metabólito ativo da prednisona, sem a necessidade da metabolização hepática. A hidroxizina tem destaque entre os anti-histamínicos pelo efeito sedativo, muito importante nesta situação. Como opção não sedante, a fexofenadina mostra comodidade posológica e bom perfil de segurança (Tabela 1). A pomada de corticóide deve ser usada focalmente e a mometasona e metilprednisolona, duas vezes ao dia, por até dez dias, são boas opções. O uso de corticóide em fita oclusiva pode ser muito eficaz. Como complementação da terapia tópica o uso de calmantes/emolientes (p.ex., talco líquido) reduzem a irritação cutânea.

O acompanhamento médico regular é fundamental para ajustes e fidelizar o paciente com a conduta terapêutica. Após uma semana do controle clínico total dificilmente há retorno do quadro. Caso ocorra, sempre deve ser eliminada a possibilidade de reinfestação.

M. Zanini

Dermatologista & Cirurgião Dermatológico.
Blumenau. SC. Brasil.

Correspondência:

Maurício Zanini

e-mail: dermatozanini.adm@gmail.com

Referências

1. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, 1999.
2. Habif TP. Doenças da pele: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre (RS): Artmed editora, 2002.
3. Martins JEC, Paschoal LHC. Dermatologia terapêutica. 3^a ed. São Paulo: JEC Martins, 2001.

Tabela 1. Esquema terapêutico no prurigo escabíótico.

| Medicamento | Dose 1 | Duracão | Cuidados gerais |
|--------------|------------------|--------------|--|
| Prednisolona | 20 a 40 mg/dia | 10 a 14 dias | Gastrite, hiperglicemia, glaucoma, hipertensão arterial, osteoporose |
| Hidroxidina | 20 a 30 mg/noite | 30 a 60 dias | Sedação, constipação, retenção urinária, boca seca |
| Fexofenadina | 120-180 mg/dia | 30 a 60 dias | Raros efeitos colaterais, menor efeito antipruriginoso |

¹Dosagem media para individuos com mais de 45 kg.