

Escabiose na cabeça e pescoço: nós a estamos reconhecendo? * *Scabies involving head and neck: do we recognize it? **

Fabiana Thais Kovacs¹
Aurilene Monteiro Bandeira³

Vera Magalhães da Silveira²

Resumo: Apesar de o acometimento de cabeça e pescoço de crianças mais velhas e adultos na escabiose ser conhecido, a literatura é pobre em sua descrição. Estudados 124 pacientes com escabiose clássica com cinco anos de idade ou mais, para pesquisa, descrição e registro fotográfico das lesões de cabeça e pescoço. Esses locais foram acometidos em 35,8% dos casos, e as lesões mais encontradas foram crostas hemáticas, pápulas eritematosas com e sem escoriações ou crostas sobrepostas e descamação adjacente.

Palavras-chave: Cabeça; Diagnóstico; Escabiose; Pescoço

Abstract: *Although the head and neck are known to be affected by scabies in older children and adults, the literature is quite scarce on this topic. A study with 124 patients aged 5 years or older with classic scabies was carried out to investigate, describe and photographically register lesions on head and neck. These sites were affected in 35.8% of cases, and the lesions more often observed were crusts, erythematous papules with or without excoriations and crusts, and scaling around lesions.*

Keywords: *Diagnosis; Head; Neck; Scabies*

COMUNICAÇÃO

Cabeça e pescoço de crianças mais velhas e adultos imunocompetentes não raro são afetados na escabiose, mas há pouca descrição das lesões observadas.¹ O diagnóstico é clínico, pois o raspado tem baixa sensibilidade.² Realizado estudo para dar subsídios no diagnóstico da infestação nesses locais.

Incluídos 124 pacientes com idade igual ou superior a cinco anos e diagnóstico clínico de escabiose clássica. Foram fotografadas lesões na cabeça e no pescoço que pudessem ser atribuídas à escabiose, como pápulas, crostas, pústulas, nódulos, descamação, escoriações ou vesículas, e feito raspado, com lâmina

única para cada local isoladamente: couro cabeludo, face, pescoço ou região auricular, pré e retroauricular.

As lesões foram assim classificadas: a) confirmadas com o raspado: qualquer apresentação clínica com raspado positivo,³ b) diagnosticadas clinicamente: pápulas eritematosas com ou sem crostículas e crostículas isoladas, com raspado negativo, excluídas outras dermatoses, c) apenas suspeitas: não consideradas devidas à escabiose pela não exclusão de outras doenças, como placas e máculas eritemato-escamosas, pústulas, vesículas, e raspado negativo. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da UFPE.

Recebido em 12.01.2007.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 01.11.2007.

* Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

Conflito de interesse / Conflict of interest: Nenhum

Suporte financeiro / Financial funding: Nenhum

¹ Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora substituta do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

² Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de São Paulo, Unifesp. Professora titular do Departamento de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³ Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora adjunta do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

Os pacientes tinham de cinco a 79 anos (média = 36,8; SD = 18,1). Lesões no pescoço e ou cabeça que poderiam fazer diagnóstico diferencial com escabiose estavam presentes em 46%, sendo que em 10,2% foram classificadas como apenas suspeitas nas duas áreas. Os demais 35,8% apresentavam lesões de escabiose diagnosticadas clinicamente ou com raspado em uma ou mais dessas áreas.

Entre os 24 com lesões no couro cabeludo, havia três confirmados com raspado e sete com diagnóstico clínico, sendo uma imunodeprimida. Apresentavam crostas hemáticas e seroemáticas, pápula eritematosa ou eritemato-crostosa e descamação adjacente. Entre os 14 com lesões apenas suspeitas, os diagnósticos diferenciais eram dermatite seborréica com e sem escoriação, demodicidose e herpes-zóster (Tabela 1).

Na face, foram diagnosticados um paciente com raspado e cinco clinicamente, sendo três destes imunossuprimidos. Observadas pápulas eritemato-escoriadas e crostas hemáticas. Entre as lesões apenas suspeitas, o diagnóstico diferencial era acne, zoster e trauma por acidente automobilístico.

Na região auricular e retroauricular, quatro pacientes tiveram diagnóstico por raspado, e 11 clinicamente. Apresentavam crostas hemáticas, mácula eritemato-escoriada e pápulas eritematosas com e sem escoriação (Figura 1). Deles, um era contactante de escabiose crostosa, e outra tinha Aids. Entre os seis pacientes com lesões apenas suspeitas, os diagnósticos diferenciais eram estrófulo, dermatite seborréica e demodicidose.

No pescoço, as lesões dos sete pacientes com diagnóstico por raspado e dos 26 clinicamente foram pápulas eritematosas com e sem escoriação e crostas. Três eram contactantes de escabiose crostosa, e dois eram imunossuprimidos. Entre os quatro com lesões apenas suspeitas, os diagnósticos diferenciais eram acne, estrófulo infectado e demodicidose.

Na escabiose clássica descreve-se no couro cabeludo placa eritemato-crosto-exulcerada⁴ ou lesão



FIGURA 1: Lesões em região retroauricular confirmadas com raspado

tipo dermatite seborréica,⁵ porém nenhum dos pacientes aqui relatados com esta última apresentação teve confirmação com raspado, o que ocorreu com os de crosta hemática e seroemática, pápula eritematosa e pápula eritemato-crostosa. No Ceará, encontraram-se lesões de escabiose em face, pescoço ou couro cabeludo em 10% dos pacientes com cinco anos ou mais,⁶ tipo papulocrostosas (comunicação pessoal). Neste estudo, os sete pacientes com diagnóstico clínico de escabiose no couro cabeludo tinham pápulas eritematosas com e sem escoriação, crostas e descamação adjacente.

Em pacientes imunodeprimidos a infestação acima do pescoço é mais observada e pode ser eritemato-escamocrostosa.⁷ Entre os seis pacientes com lesões na face, três tinham co-morbidades, incluído o único com raspado positivo. As lesões foram pápulas

TABELA 1: Distribuição das lesões observadas na 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	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
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

eritêmato-escoriadas e crostas hemáticas.

Chouela⁸ referiu ser comum o ácaro estar na prega retroauricular, mas descreveu as lesões como “variáveis”.⁸ No presente estudo foram observadas pápulas eritematosas com e sem escoriação, crostas hemáticas e mácula eritêmato-escoriada. O *Demodex sp* foi encontrado em três pacientes cujas lesões foram classificadas como apenas suspeitas. Apesar de ser encontrado na pele sã, pode ocasionar eritema, pápulas, pústulas, descamação.⁹

Em crianças mais velhas ou adultos com escabiose clássica, parte dos estudos recomenda uso do

escabicida abaixo do pescoço,¹⁰ outra recomenda tratar também a cabeça e o pescoço.¹³ A confusa expressão “do pescoço para baixo” não esclarece se o pescoço está parcial ou completamente incluído na área a ser tratada ou dela excluído.¹⁰ No estudo aqui apresentado, havia lesões no pescoço em 26,8% dos pacientes, da base à linha de implante capilar, facilmente identificadas.

Como medicações tópicas podem ter efeitos colaterais, é interessante o exame de cabeça e pescoço nesse grupo para deliberar sobre seus respectivos tratamentos. □

REFERÊNCIAS

1. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000;355:819-26.
2. Palicka P, Malis L, Samsinak K, Zitek K, Vobrazkova E. Laboratory diagnosis of scabies. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol*. 1980;24:63-70.
3. Buffet M, Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundam Clin Pharmacol*. 2003;17:217-25.
4. Elmros T, Hornqvist R. Infestation of scabies in the scalp area. *Acta Derm Venereol*. 1981;61:360-2.
5. McDonald L, Smith M. Diagnostic dilemmas in pediatric/adolescent dermatology: scaly scalp. *J Pediatr Health Care*. 1998;12:80-4.
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;153:150-6.
7. 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;50:375-81.
8. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez M. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3:9-18.
9. Karıncaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M. The clinical importance of demodex folliculorum presenting with nonspecific facial signs and symptoms. *J Dermatol*. 2004;31:618-26.
10. Karthikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J*. 2005;81:7-11.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Fabiana Thais Kovacs

Av. Eng. Domingos Ferreira 636 sala 509, Boa Viagem
51011 050 Recife - PE

Tel./Fax: (81) 34259296 (81) 34650615

fabianatk@hotmail.com

Como citar este artigo / *How to cite this article*: Kovacs FT, da Silveira VM, Bandeira AM. Escabiose na cabeça e pescoço: nós a estamos reconhecendo? *An Bras Dermatol*. 2008;83(1):83-5.