

Dermatozoonoses

LUIZ ALBERTO BOMJARDIM PÔRTO
Médico dermatologista

Artrópodes

ESCABIOSE

- **Agente etiológico: Sarcoptes scabiei hominis.**
- **Transmissão: Contato pessoal e indireto.**
- **Fontes de contágio: Familiares e amigos.**
- **Sobrevivência fora do hospedeiro: 36hs.**
- **Parasitismo obrigatório.**
- **Habitat: sulcos na epiderme.**

ESCABIOSE

Clínica:

- Lesões papulovesiculares e eritematopapulosas.
- Prurido – pior de noite.
- Lesão patognomônica: sulco com uma pequena saliência linear de 1 cm e em uma das extremidades há uma vesico-pápula perolácea onde se encontra a fêmea do ácaro.



■ Figura 70.1 Escabiose, lesões típicas.



.....
■ **Figura 70.2** Lesões nódulo-escoriadas crostosas simulando cancroide no escroto.



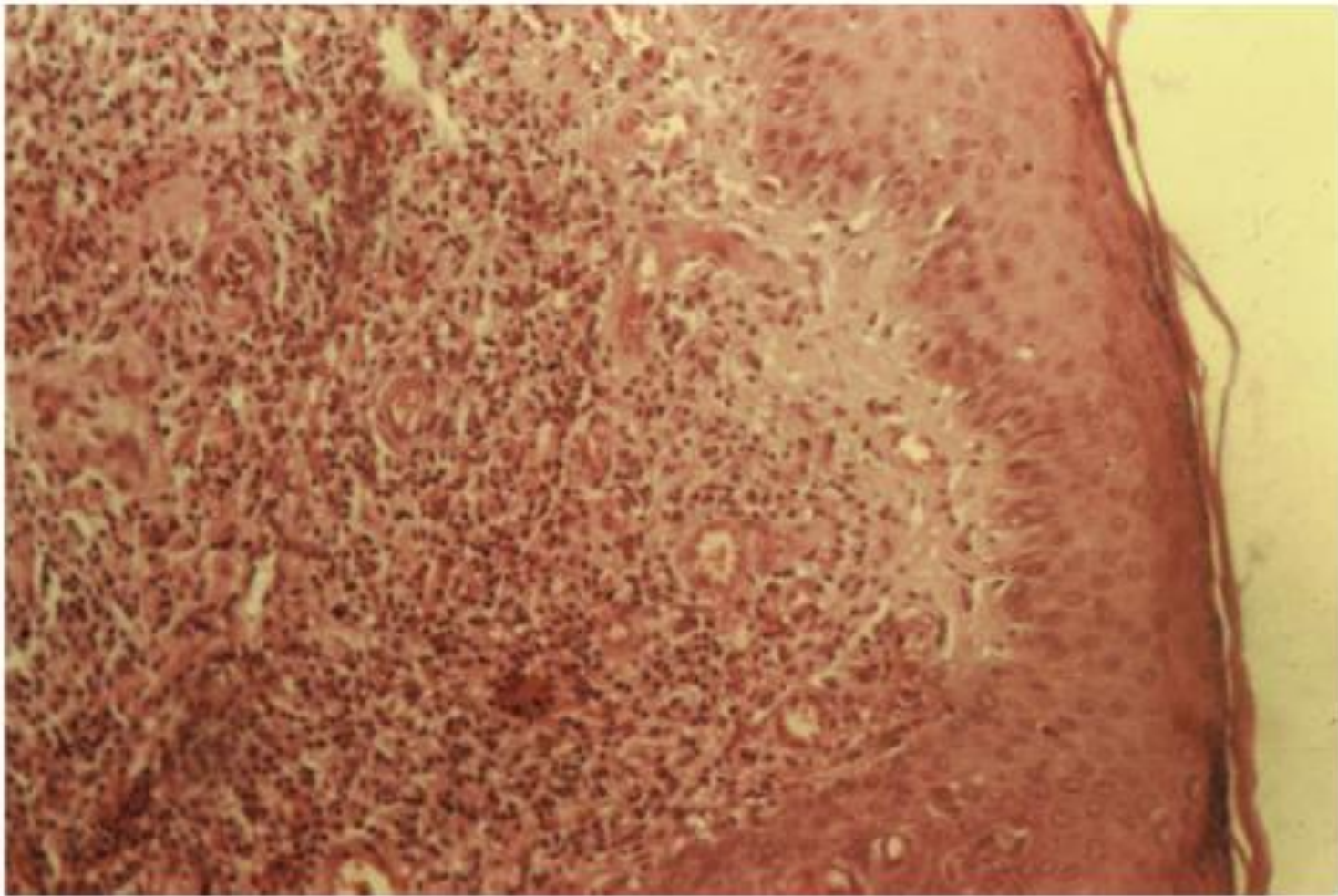
■ **Figura 70.3** Lesões vesicopustulosas no pé de uma criança.



■ **Figura 70.4** Lesões papulovesiculosas na mão.



■ **Figura 70.6** Sarna nodular em abdome.



.....
■ **Figura 70.7** Aspecto histopatológico da sarna nodular. Infiltrado dérmico constituído predominantemente por mononucleares.

SARNA CROSTROSA (NORUEGUESA)

- Agente etiológico: Sarcoptes scabiei.
- Superinfecção: > de 1 milhão de parasitas.
- Epidemiologia: Sínd. Down, Idosos, desnutridos, HIV e imunodeprimidos.
- Clínica: Lesões hiperkeratóticas crostrosas com fístulas na pele e em unhas espessadas e distróficas. Prurido.
- Infecção secundária.



.....

■ **Figura 70.8** Lesões de sarna crostosa nas regiões palmares, paciente com síndrome de Down.



■ **Figura 70.9** Sarna crostosa em paciente HIV-positivo.

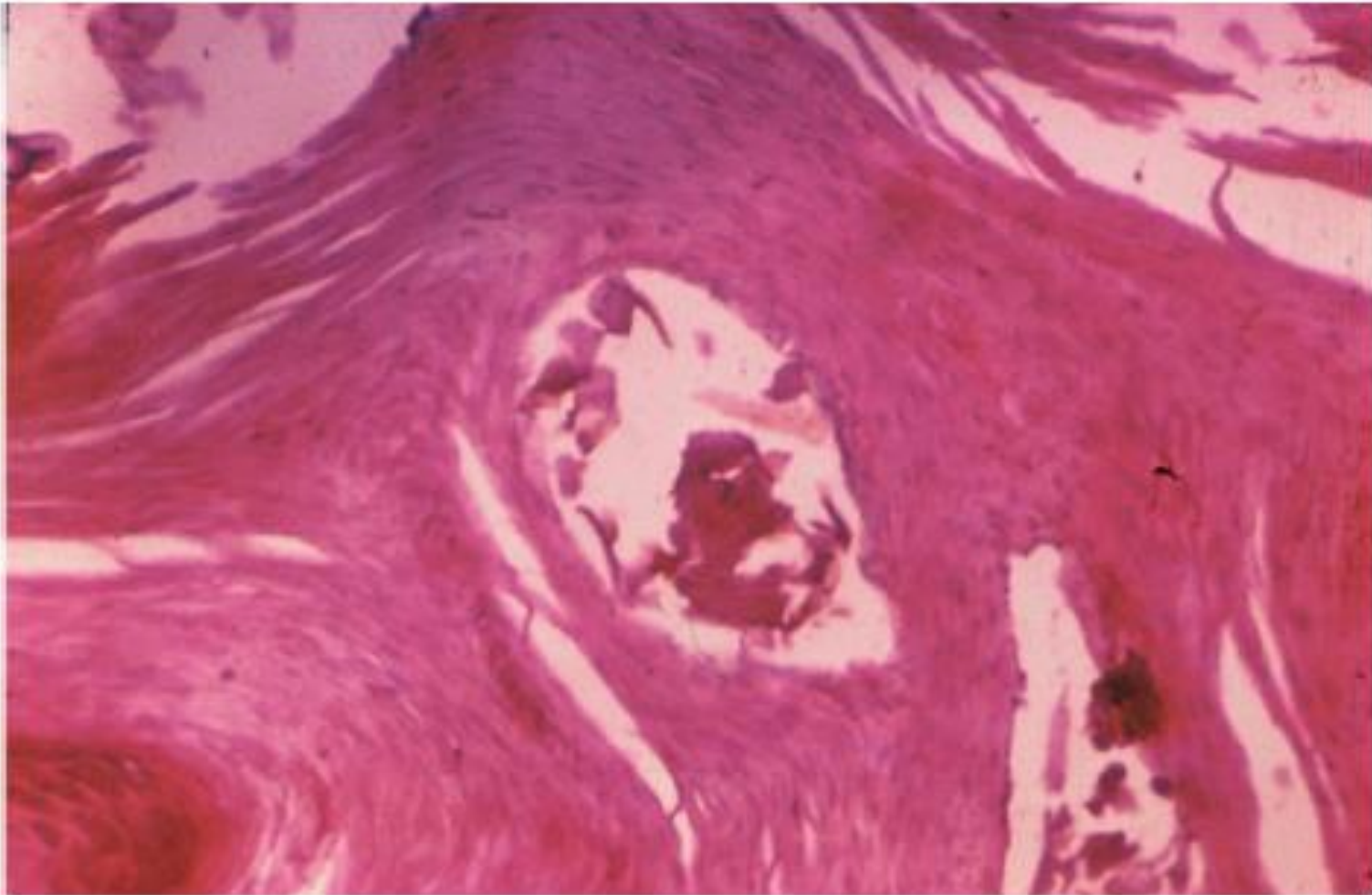


.....
■ **Figura 70.10** Alterações distróficas ungueais na sarna crostosa.

ESCABIOSE

Diagnóstico:

- Exame direto- raspado pele.
- Dermatoscopia- visualizar ácaros.
- PCR- Reação da cadeia da polimerase.
- Histologia.



■ **Figura 70.11** Aspectos histopatológicos da sarna crostosa e epiderme com hiperqueratose e presença do *sarcoptes escabiei*.

ESCABIOSE

Diagnóstico diferencial:

- Psoríase não responsiva ao tratamento.
- Dermatite severa.

ESCABIOSE

Tratamento:

- Tratar todos os moradores da casa.
- Imunossuprimidos devem repetir o tratamento em 1 semana.
- Tratamento tópico: passar em todo o corpo de noite e lavar de manhã.

ESCABIOSE

Tratamento:

- **Permetrina creme/loção 5%: por 2 dias.**
- **Enxofre precipitado/ mossaulfiram/
Benzoato de benzila: por 4 dias.**
- **Ivermectina 3mg/comprimido: Adultos e
crianças acima 5 anos. Dose única
200micrograma/Kg.**
- **Anti-histamínicos/antibióticos.**

ESCABIOSE

Tratamento:

- **Sarna nodular: Corticóide tópico/ injetável.**
- **Sarna crostosa: queratolíticos- Ácido salicílico 5% em petrolato.**

ESCABIOSE

- **Transmissão pós tratamento?**

Volta a escola e ao trabalho após 24 hs do tratamento.

- **Persistência dos sintomas após 30 dias:**
- **Retratamento e pesquisa/tratamento dos contatos e possíveis fontes de reinfecção.**

DEMODECIDOSE

- Etiologia: Demodex folliculorum.
- Parasitismo: folículo piloso.
- Clínica: A face com eritema difuso e foliculite. Suposta relação com rosácea.
- Tratamento: Permetrina 5%, metronidazol 5%, peróxido de benzoíla 5% e enxofre.
- Ivermectina ou metronidazol 250mg

PEDICULOSE

- **Agentes etiológicos: parasitas da ordem Phthiraptera (piolhos).**
- **Características do parasita: Hematófagos que vivem a vida toda no hospedeiro.**
- **Gera prurido por hipersensibilidade a saliva do inseto.**

PEDICULOSE

Clínica: prurido e escoriações.

- **Couro cabeludo: Pediculus capitis.**

Lêndeas aderidas aos pelos.

- **Corpo: Pediculus humanus.**

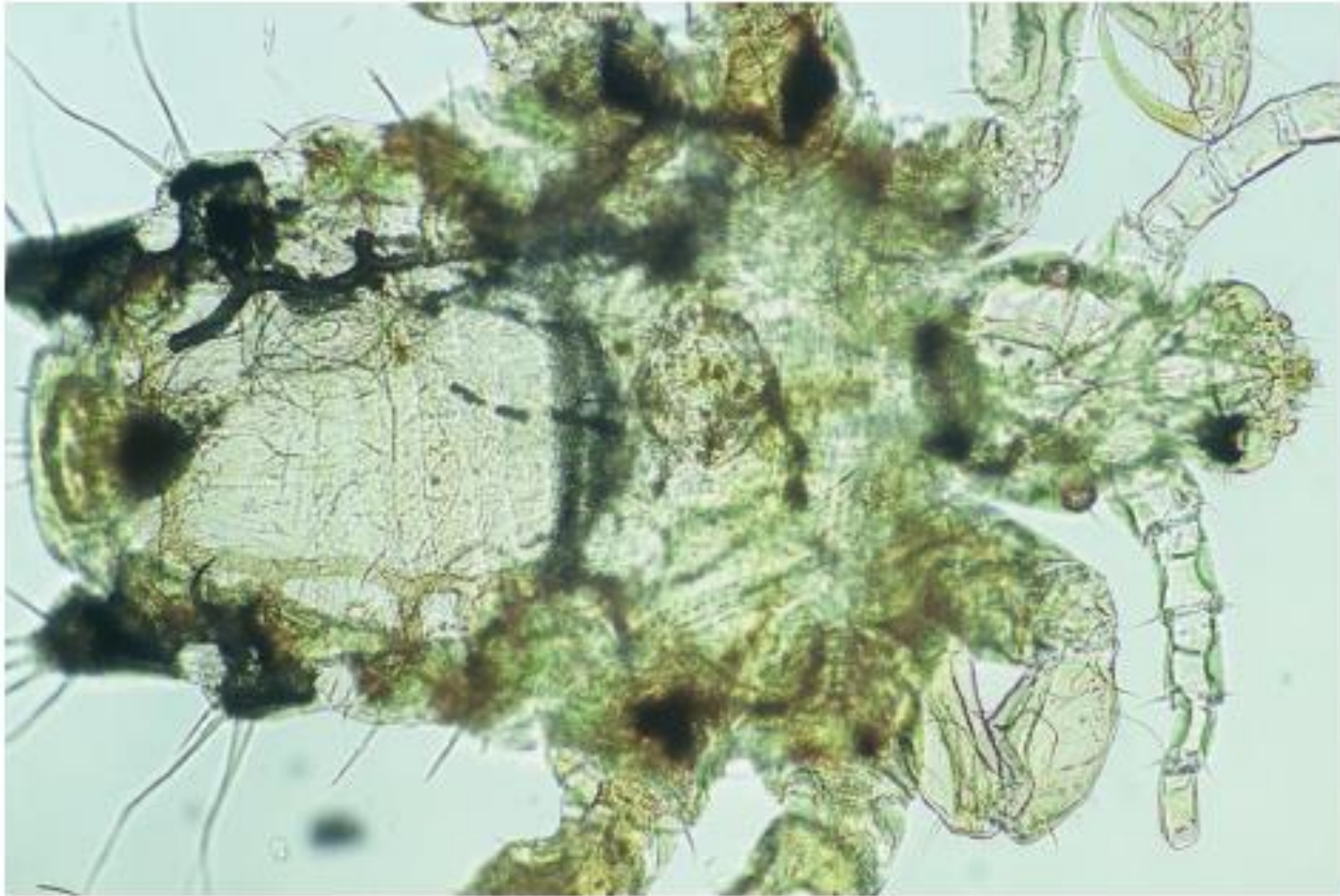
Parasita comum nas pregas das roupas.

- **Púbis: Pthirus pubis.**

Parasito com cabeça parcialmente dentro do folículo piloso.



■ **Figura 70.12** *Pediculus humanus capitis* (Foto: Prof. Vidal Haddad).



■ **Figura 70.13** *Pthirus pubis* (Foto: Prof. Arival de Brito).



■ **Figura 70.14** Ftiríase dos cílios (Foto: Prof. Fausto Alonso).



■ **Figura 70.15** Pediculose do couro cabeludo.

PEDICULOSE

Tratamento:

- **Couro cabeludo:**

Tópico: aplicação com posterior lavagem.

**-Permetrina 1 ou 5%; piperonil-butóxi;
Spinosad; álcool benzílico 5% em óleo mineral; dimeticone; ivermectina tópica.**

PEDICULOSE

Tratamento:

- **Couro cabeludo:**

Sistêmico:

-Ivermectina 200micrograma/Kg dose única.

Repetir em 7 dias.

-Sulfametoxazol 400/trimetroprima 80: 1cp

TID por 3 dias. Repetir em 7 dias.

PEDICULOSE

Tratamento:

- **Púbis ou ftiríase:**

Tratamento todas as áreas acometidas

Tratar parceiros sexuais.

Tópico: aplicação com posterior lavagem.

-Permetrina 5%; Deltametrina 0,02%- Usar por 2 dias e repetidas em 7 dias.

- Vaselina BID por 8 dias- remoção mecânica

PEDICULOSE

Tratamento:

- **Corpo:**
 - **Lavagem das roupas.**
 - **Melhora da higiene.**

DERMATOSE POR PULEX IRRITANS

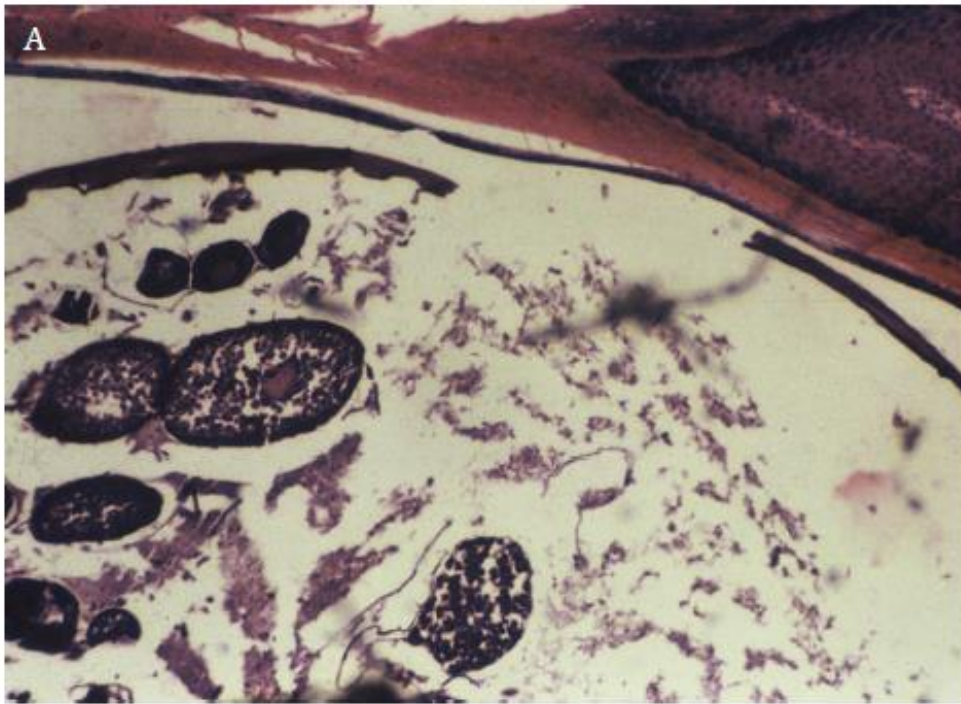
- Pulex irritans: Pulga com hospedeiro humano, cão, gato, porco e rato.
- Clínica: Pápulas urticadas onde pica.
- Peste(Yersinia pestis): Pode ser transmitida pela P. irritans juntamente com Xenopsylla cheoepes e X. brasiliense.
- Tratamento picada: Corticóides tópicos e anti-histamínicos.
- Profilaxia: Inseticidas e tratar animais.

TUNGÍASE

- Etiologia: Tunga penetrans.
 - Habitát: Chiqueiros e currais.
 - Clínica: Parasitismo de mãos e pés. Pode haver infecção secundária.
 - Tratamento: Remoção com agulha.
- Tiabendazol(comprimido 500mg)- 25mg/Kg por 10 dias- casos generalizados.
- Profilaxia: Uso de calçados.



■ **Figura 70.16** Tinguíase dos dedos da mão.



■ Figura 70.18 (A) Aspecto histopatológico de tunguíase. Epiderme cobrindo a *tunga penetrans*, observa-se estruturas do parasita (Foto: Prof. Ricardo Houly); (B) *Tunga penetrans* – aspecto dermatoscópico (Foto: Prof. Hamilton Stoff).



■ Figura 70.19 Tunguía, aspecto em favo de mel.



.....
■ **Figura 70.20** Tratamento cirúrgico da tunguíase; exérese da tunga.



■ Figura 70.21 Tungas retiradas cirurgicamente.

CIMICIDIASE

- Etiologia: Cimex lectularius e C. hemiptera.
- Habitát: Móveis e colchões.
- Hábitos parasitários: Noturnos.
- Clínica: Pápulas urticadas e pruriginosas em face, pescoço e MMSS.
- Tratamento: Corticóides tópicos e anti-histamínicos.
- Profilaxia: Inseticidas.



■ Figura 70.22 Cimicídeo.



■ **Figura 70.23** Pápulas urticadas em membro inferior por picada de cimiçídeo.

DIPTEROS



- **Necessitam de sangue para desenvolvimento dos ovos.**
- **Exemplos: Moscas, culicídeos, simulídeos, flebotomíneos e tabalídeos.**
- **Vetores de doenças: Filariose, leishmaniose, malária, febre amarela, dengue, zica, chikungunya dentre outras.**
- **Clínica: Picada poder causar prurido e irritação local.**

MIÍASES

- **Hábitos parasitários: Invasão de tecidos e órgãos de homens por larvas de dipteros.**
- **Tipos:**
 - **Primária: Tecidos sadios. Larva parasita obrigatória.**
 - **Secundária: Ferimentos de pele e mucosas. Larva parasita ocasionais.**

MIÍASE PRIMÁRIA

- **Etiologia:** Dermatobia hominis.
- **Hábitos:** Colocação de ovos em outro diptero. Larvas penetram pelo folículo piloso e pelo orifício da picada.
- **Clínica:** Larvas se alojam na hipoderme onde se alimentam. Causa lesão furunculosa com secreção serosa.
- **Tratamento:** Retirada das larvas após incisão no orifício. Tampar orifício.



■ Figura 70.25 *Dermatolia hominis*.



■ **Figura 70.26** Miíase primária no couro cabeludo.



■ Figura 70.28 Larvas de mosca retirada da lesão.

MIÍASE SECUNDÁRIA

- **Etiologia:** Cochliomya macellaria, C. hominivorax, familia sarcophagidae e genero Lucilia.
- **Hábitos:** Depósito de ovos em úlcera cutâneas ou cavidades naturais.
- **Clínica:** Úlceras com larvas. Olho, nariz, ouvido e vagina
- **Tratamento:** Retirada das larvas na forma cutânea. Ivermectina nas formas cavitárias

DERMATOSE POR POTÓ

- **Etiologia:** Gêneros *Paederus*, *Epicauta* e *Lytta*.
- **Hábitos:** Alimentam-se de vegetais e são comuns em lavouras.
- **Clínica:** Acidentalmente são esmagados contra a pele humana e liberam substâncias vesicantes. Surge eritema, vesículas e bolhas que se transformam em pústulas. Há prurido e ardor locais.



■ Figura 70.36 *Paederus* SP.



■ **Figura 70.37** Lesão eritamatovesiculosa causada pelo *paederus*.



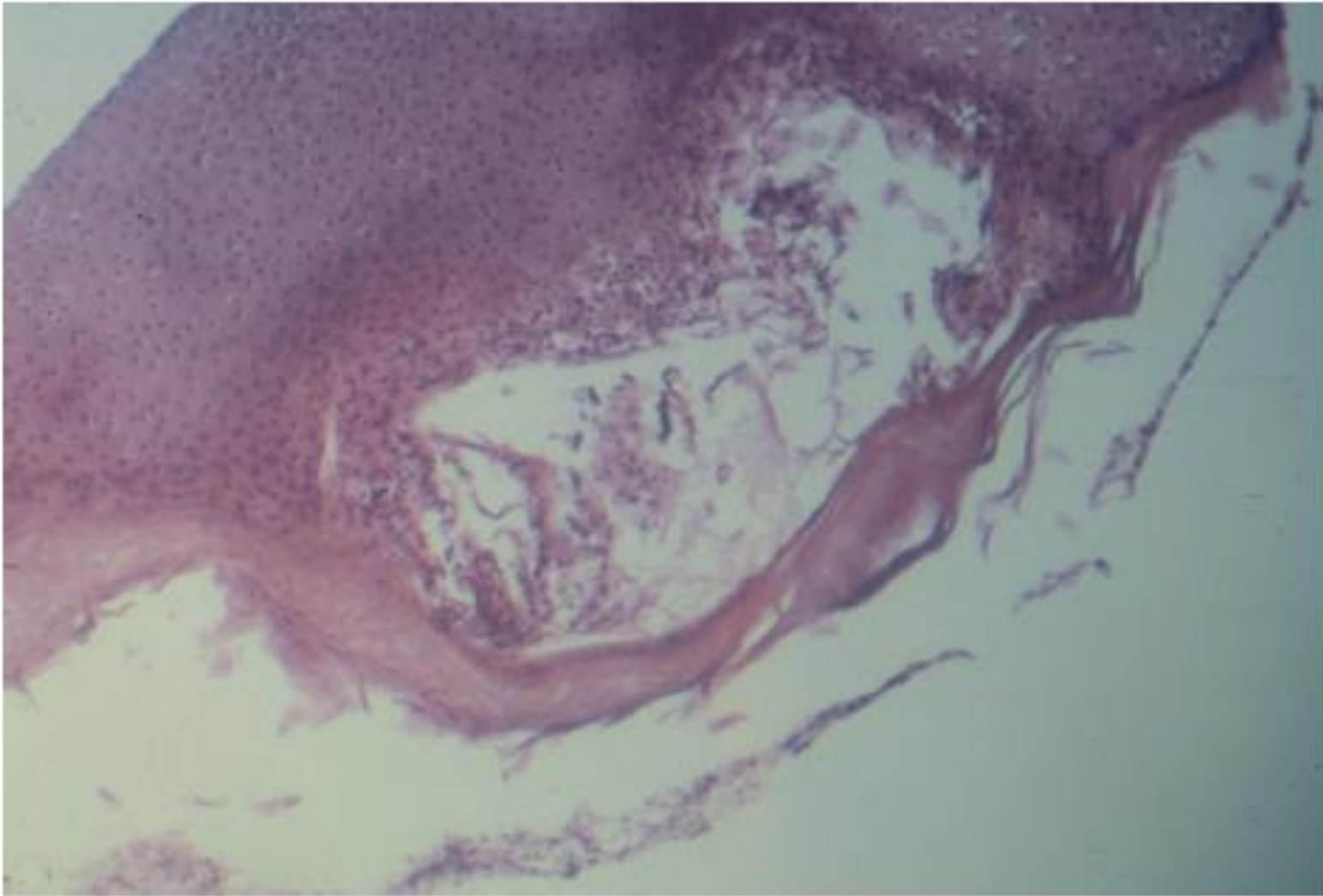
.....
■ **Figura 70.38** Lesão eritemato-vésico-pustulosa causada pelo *paederus*.



■ **Figura 70.39** Lesões vesicobolhosas causada pelo *paederus*.



.....
■ **Figura 70.40** Lesão eritemato-vesículo e dermatosa palpebral causada pelo *paederus* (Olho de Nairobi).



.....
■ **Figura 70.42** Aspecto histopatológico, pústula epidérmica causada pelo *paederus*.



■ **Figura 70.43** *Epicauta* (Foto: Prof. Vidal Haddad).

DERMATOSE POR POTÓ

- **Tratamento:**
 - **Lavagem da lesão com água precocemente.**
 - **Permanganato de potássio: compressas diluição 1:30000 de 12/12hs.**
 - **Creμες de corticóides com antibióticos.**

Helmintos

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

- **Etiologia:** Ancylostoma brasiliensis.
- **Parasitismo:** Verme penetra na pele.
- **Clínica:** Sintomas provocadas pelo deslocamento do verme. Lesões lineares, salientes, eritematosas, serpenteantes e muito pruriginosas. Acomente pés pernas e nádegas. Pode gerar lesões bolhosas por hipersensibilidade. Eosinofilia.



■ Figura 70.29 *Larva migrans* cutânea.



■ Figura 70.30 (A) e (B) *Larva migrans* com lesão bolhosa.



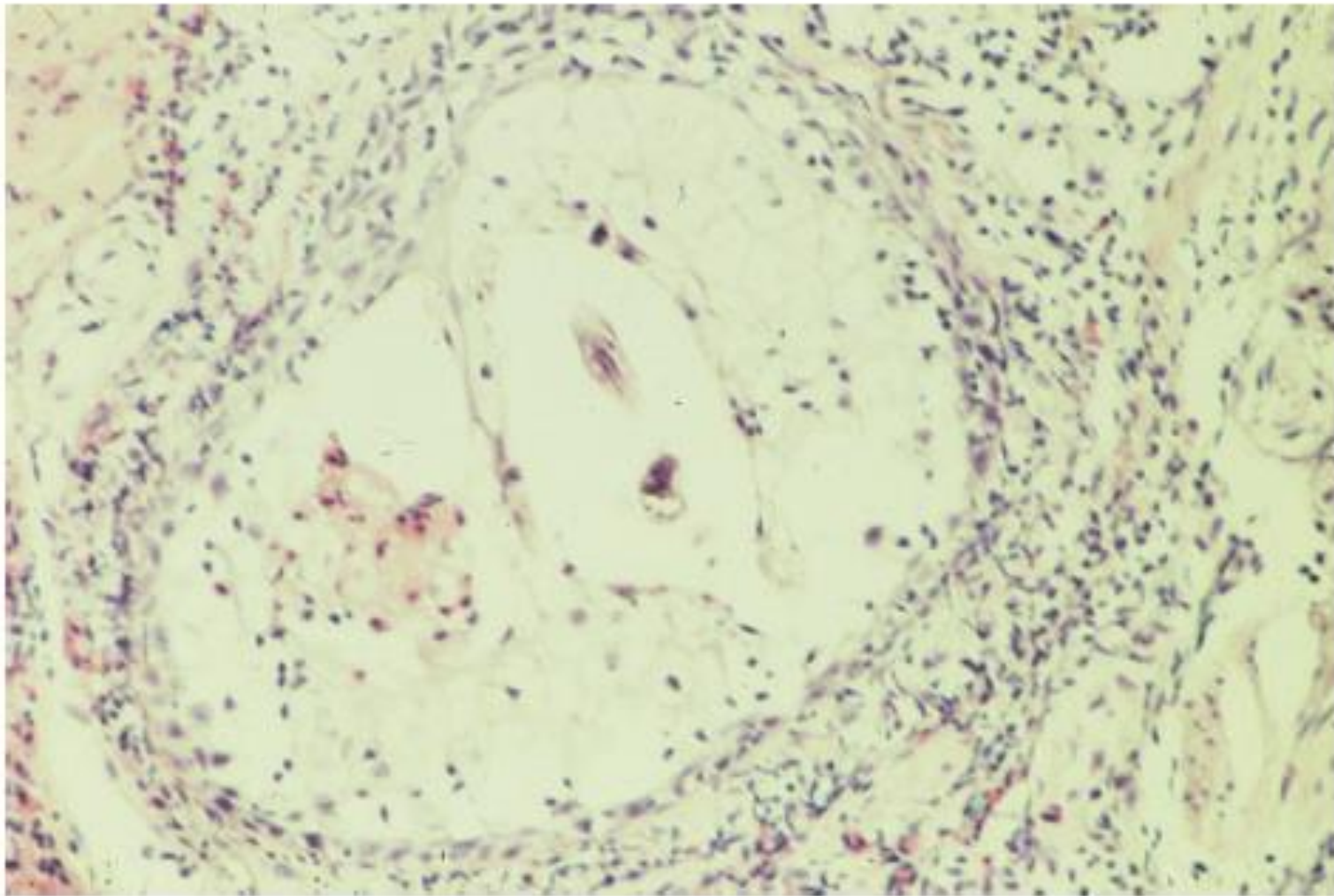
■ Figura 70.32 *Larva migrans* simulando dermatofitose.



.....
■ **Figura 70.33** *Larva migrans*, infestação intensa (Foto: Prof. Zireli Valença).



.....
■ **Figura 70.34** *Larva migrans* papuloliquificada em paciente com 90 dias de lesão.



.....
■ **Figura 70.35** Aspecto histopatológico da *larva migrans* (Foto: Prof. Antonio Carlos Martins Guedes).

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

- **Tratamento:**

- **Tópico: Pomada de tiabendazol 5%.**

Crioterapia

- **Sistêmico: Albendazol 400mg dose única ou 15mg/kg/dia por 3 dias.**

Ivermectina dose única.

FILARIOSE

- **Etiologia: Wuchereria bancrofti.**
- **Vetor: Mosquito culex.**
- **Locais endêmicos: Ásia, África e América latina. Maceió, Recife e Belém.**
- **Clínica: Os sinais e sintomas são causados pela presença do verme nos vasos linfáticos/sanguíneos e por reação de hipersensibilidade contra o nematelminto.**

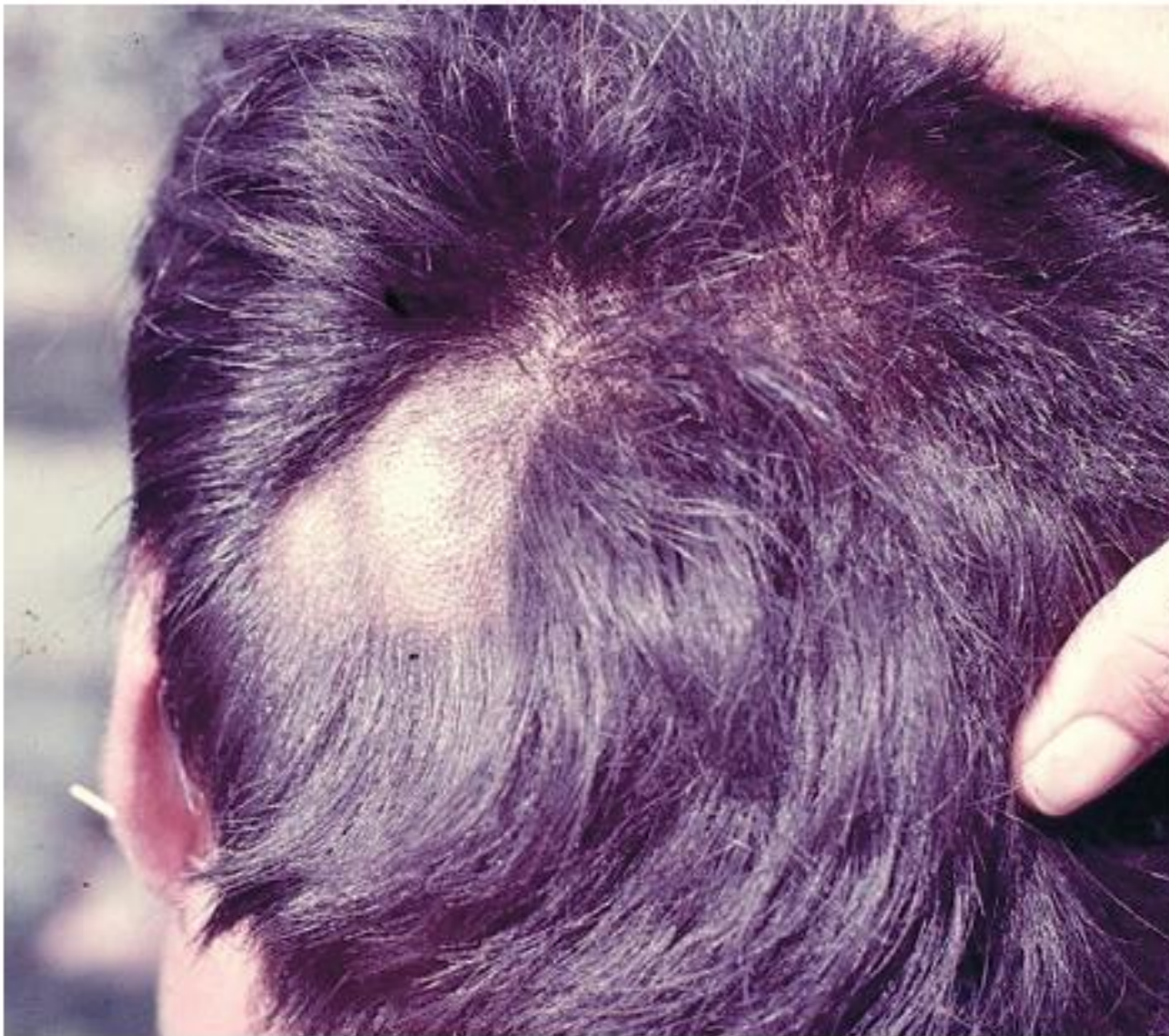
FILARIOSE

- **Clínica:** Ocorre linfangite, adenopatias, febre, mal estar, linfectasias e elefantíase. A elefantíase acomete MMII e genitália.
- **Propedêutica:** Pesquisa do parasita no sangue, urina, líquido da hidrocele e linfa (USG linfática).
- **Tratamento:** Dietilcarbamazina mg/Kg/dia TID por 12 dias
- **Ivermectina:** usado na profilaxia.

ONCOCERCOSE



- Etiologia: Onchocercerca volvulus.
- Vetor: Genero Simulium(Borrachudo). Vive na beira nos rios e picam humanos.
- Locais endêmicos: 99% na África Subsaariana e 1% no Iêmen e América. Índios Yanomamis na Amazônia/ Goiás.
- Patogenia: Vermes adultos alojam-se na pele nos oncocercomas e liberam microfírias para a pele e para os olhos.



■ **Figura 70.47** Oncocercose. Presença de duas lesões nodulares, móveis e assintomáticas no couro cabeludo de índio Yanomami.

ONCOCERCOSE

- **Clínica:** Prurido cutâneo com lesões por coçadura. Pele atrofiada e com pouca elasticidade. Olhos com ceratite, iridociclite, catarata e amaurose.
- **Propedêutica:**
 - Lâmpada de fenda(Pesquisa do verme).
 - Biópsia de pele(Pesquisa do verme).
 - PCR, imunofluorescência e ELISA.



■ **Figura 70.48** Prurido.



.....
■ **Figura 70.49** Oncocercose. “Virilha caída” (hérnia), perda da elasticidade da bolsa escrotal e provável oncocercoma em crista ilíaca.

ONCOCERCOSE

- **Tratamento:**
- **Microfilaricida: - Ivermectina: 150 Microgramas/Kg/ dose. Dose única a cada 6 ou a cada 3 meses.**
- **Filaricida: Moxicilina: 8mg/dose. Medicação aprovada em ensaio clínico realizado em Ghana cujos resultados foram publicados em 2014. Estudo apoiado pela OMS.**

ESQUISTOSSOMOSE

- **Etiologia: Schistosoma mansoni.**
- **Vetor: Caramujos Gênero Biomphalaria.**
- **Clínica dermatológica fase aguda: Dermatite urticariforme.**
- **Clínica dermatológica fase subaguda: Urticária, edema de face, extremidades, tronco e genitais.**
- **Clínica dermatológica tardia: granuloma reacionais em qualquer parte da pele.**



.....

■ **Figura 71.1** Lesões ulcerofistulosas perianais.



■ **Figura 71.2** Lesões fistulosas.

ESQUISTOSSOMOSE

- **Diagnóstico:**
 - EPF (Kato Katz).
 - Anatomopatológico.
- **Tratamento:**
 - **Dermatoses:** Compressas de água boricada ou SF0,9%, pasta dágua e anti-histamínico.
 - **Sistêmico:** Praziquantel dose única ou oxaminiquina dose única.

Protozoários

Doença de Chagas

- **Etiologia:** Trypanosoma cruzi.
- **Vetor:** Subfamília triatominae (barbeiro).

- **Clínica:**

Sintomas agudos: Sinal de Romana.

Chagomas. Exantemas morbiliformes, urticária e eritema polimórfico.

Sintomas crônicos: cardíacos, esofágicos e intestinais.

Doença de Chagas

- **Diagnóstico:**
 - Pesquisa do parasita nos tecidos – Sangue/tecidos, inclusive anatomopatológico pele.
 - Sorologias.
- **Tratamento fase aguda:**
 - Benzonidazol e nifurtimax.
- **Tratamento fase crônica:**
 - De acordo com o órgão acometido.

TOXOPLASMOSE

- Etiologia: Toxoplasma gondii.
- Transmissão: Fezes, carne e placentária.
- Clínica dermatológica:

Aguda: Exantema maculopapular, poupa região palmo-plantar, eritema nodoso e lesões bolhosas.

Crônica: Erupções maculares, hemorrágicas, crescimento anormal de pelos e dermatite esfoliativa

TOXOPLASMOSE

- **Tratamento:**
- **Pirimetamina + sulfadiazina + acido folínico.**

AMEBÍASE

- **Etiologia:** Entamoeba histolytica.
- **Transmissão:** Fecal oral e sexual.
- **Patogenia:** Penetração da pele através de fístulas de abscesso intestinal/hepático, incisão cirúrgica e trauma genital.
- **Clínica dermatológica:** Pústulas que se rompem formando úlceras dolorosas de fundo necrótico, inclusive em pênis.

AMEBÍASE

- **Diagnóstico:**
 - Exame direto da secreção da úlcera.
 - Anatomopatológico da borda úlcera.
 - Sorologias e exames de imagem.
- **Tratamento:**
 - Metronidazol 250-750mg TID 10 dias
 - Limpeza e desbridamento da úlcera.
 - Drenagem abcessos hepáticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Belda Junior W, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de Dermatologia. São Paulo Atheneu; 2010.
2. Barry, M et al. Scabiei. Acessado em 08 agosto 2015. Online. Disponível em: <http://www.Medscape.com/server-java/MedlineSearchForm>
3. [Awadzi K¹](#), [Opoku NO¹](#), [Attah SK²](#), [Lazdins-Helds J³](#), [Kuesel AC³](#). A randomized, single-ascending-dose, ivermectin-controlled, double-blind study of moxidectin in Onchocercavolvulus infection. [PLoS Negl Trop Dis](#). 2014 Jun 26;8(6):e2953. doi: 10.1371/journal.pntd.0002953. eCollection 2014.
4. 2003-2015 Iowa State University. Bugguide- [Black Flies \(Simuliidae\)](#). Acessado em 08 agosto 2015. Online. Disponível em: <http://bugguide.net/node/view/271848/bgimage>