

Sarna Crostosa: Uma Causa de Eritrodermia a ser Lembrada

Crusted Scabies: A Cause of Erythroderma to Remember

Iago Gonçalves Ferreira^{1,2} , Jéssica Lurdes Bueno¹ , Letícia Dupont^{1,3} , Laura Luzzatto³ , Rodrigo Pereira Duquia^{1,3,4,5} 

Resumo:

A escabiose crostosa ou sarna Norueguesa é uma variante clínica severa e altamente contagiosa da infestação pelo *Sarcoptes scabiei*, a qual pode evoluir exuberantemente cursando com eritrodermia difusa, o que dificulta o diagnóstico etiológico, principalmente por parte de médicos não-dermatologistas. Dessa forma, os autores apresentam um relato de um caso de eritrodermia em uma mulher de 65 anos, evoluindo com quadro de prurido intenso associado à eritrodermia, há cerca de 2 semanas, com pico febril associado. Apresentava história clínica progressiva de psoríase e artrite psoriásica, com uso de imunossupressores e corticoides sistêmicos por longo prazo. Avaliada por dermatologistas que, por meio de exame direto por raspado cutâneo e biópsia de pele, confirmaram diagnóstico de escabiose crostosa. A partir do caso reportado, ressalta-se a importância dos diagnósticos diferenciais da eritrodermia, sobretudo a escabiose crostosa, uma dermatose rara, que afeta mais frequentemente doentes imunodeprimidos, com fragilidade, institucionalizados ou com condições sociais precárias.

Palavras-chave: Escabiose/diagnóstico; Escabiose/tratamento farmacológico.

Abstract:

*Crusted scabies or Norwegian scabies is a severe and highly contagious clinical variant of infestation by *Sarcoptes scabiei*, which can evolve exuberantly, coursing with diffuse erythroderma, which makes etiological diagnosis difficult, especially by non-dermatologists. Thus, the authors present a case report of erythroderma in a 65-year-old woman, who developed intense pruritus associated with erythroderma for about 2 weeks, with an associated fever peak. She had a previous clinical history of psoriasis and psoriatic arthritis, with long-term use of immunosuppressants and systemic corticosteroids. Evaluated by dermatologists who, through direct*

examination by skin scraping and skin biopsy, confirmed the diagnosis of crusted scabies. Based on this case report, the importance of differential diagnoses of erythroderma is highlighted, especially crusted scabies, a rare dermatosis that most often affects immunocompromised, frail, institutionalized patients or patients with precarious social conditions.

Keywords: Scabies/diagnosis; Scabies/drug therapy.

Introdução

A escabiose é uma infestação cutânea parasitária, altamente contagiosa, provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. O quadro clínico apresenta-se sob a forma de erupção pruriginosa, que frequentemente afeta áreas interdigitais e flexoras, cicatriz umbilical e regiões glúteas. A escabiose pode apresentar manifestações clínicas diversas, variando de quadros ligeiros e localizados a formas exacerbadas e difusas.¹⁻³

Dentre as variantes clínicas, destaca-se a escabiose crostosa ou 'sarna Norueguesa', caracterizada por hiperinfestação escabiótica, decorrente de resposta imune não protetora do hospedeiro, sendo frequentemente associada a estados de imunodepressão.¹⁻³ A imunodepressão dificulta a resposta imunológica do organismo, o que impede a eliminação da população de ácaros, ocasionando assim a formação de crostas hipercheratóticas e reações inflamatórias cutâneas exacerbadas, manifestas por quadros de eritrodermia.^{2,4}

Eritrodermia ou dermatite esfoliativa consiste em uma reação inflamatória cutânea, envolvendo mais de 90% da superfície corporal, caracterizada por eritema de distribuição generalizada e grau variável de descamação. Esta entidade clínica pode ser desencadeada por diferentes fatores causais como reações medicamentosas, neoplasias, doenças sistêmicas, dermatoses inflamatórias prévias, e infeções, como a escabiose crostosa.⁵⁻⁷

Nessa perspectiva, a eritrodermia pode representar um desafio diagnóstico, especialmente para os médicos não-dermatologistas, tendo em vista sua ampla gama de agentes etiológicos e características clínicas inespecíficas.⁸ No caso da escabiose crostosa, achados específicos como os túneis escabióticos podem ser mascarados por escoriações, eczematização ou impetiginização.^{1,4} Por conseguinte, a avaliação dermatológica torna-se essencial para a investigação diagnóstica desses quadros, adotando a dermatoscopia e o exame direto por raspado como recursos diagnósticos.⁹

¹SUFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

²UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

³Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

⁴UFPel - Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

⁵UCP - Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

<https://doi.org/10.24950/rspmi.648>

Dessa forma, este estudo teve como objetivo apresentar um caso de eritrodermia em doente que, apesar de ter psoríase como doença de base, doença frequentemente associada a quadros de eritrodermia e etiologia mais provável para o quadro, fechou o diagnóstico de escabiose crostosa, destacando a importância de considerar esta afeção como diagnóstico diferencial.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 65 anos, que comparece ao setor de urgência hospitalar queixando-se de eritema difuso e prurido intenso há cerca de 2 semanas, com episódio isolado de febre de 38°C, nas 48 horas antecedentes à admissão hospitalar. Relatava uso recente de amoxicilina e clavulanato por 7 dias, prescrita por médico generalista na suspeita de impetigo.

Histórico de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, transtorno depressivo e tabagismo há cerca de 30 anos. Apresentava ainda psoríase em placas associada à artrite psoriásica axial de difícil manejo, com necessidade de diferentes esquemas imunodepressores, além de uso inadvertido de corticoide tópico e sistêmico por longo prazo, inclusive com quadro de fratura vertebral devido osteoporose secundária. Medicada com uso de metotrexato 25 mg por semana, ácido fólico 10 mg por semana, prednisona 10 mg por dia, além de anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e antidepressivos. Uso prévio de dois esquemas imunobiológicos anti-TNF, adalimumab e infliximab, com a última dose menos de 60 dias antes desse quadro.

Na admissão, a doente foi avaliada pela equipe de medicina interna, apresentando-se em bom estado geral, afebril,

acianótica, eupneica, eucardia, sem adenopatias ou organomegalias, ao exame clínico. A avaliação laboratorial evidenciou leucocitose com desvio à esquerda, elevação de parâmetros inflamatórios, porém sem alterações em transaminases hepáticas e índices renais, e serologias víricas para VIH, VHB e VHC negativas. As hipóteses diagnósticas iniciais consideradas pelos médicos internistas foram farmacodermia severa ou exacerbação da psoríase sob forma de eritrodermia, sendo então prescrita prednisona 60 mg, por via oral, e solicitada avaliação ao serviço de Dermatologia.

Ao exame dermatológico, observava-se eritema difuso envolvendo tronco e membros com áreas crostosas, amarelo-acinzentadas, e algumas pústulas dispersas (Figs. 1 e 2). Notamos ainda pápulas eritematosas em dorso das mãos e interdigitais dos pés (Fig. 3).

Como investigação complementar, foram realizadas biópsias cutâneas e análise microscópica de raspado de pele. O exame microscópico direto evidenciou numerosos ovos e parasitas *Sarcoptes scabiei* (Fig. 4). O exame anatomopatológico demonstrou hiperplasia epidérmica de padrão psoriasiforme, associada à ortoceratose e infiltrado perivascular composto por eosinófilos, evidenciando-se ácaro *Sarcoptes scabiei* na camada córnea (Fig. 5).

Iniciou terapêutica médica com ivermectina 200 mcg por kg de peso corporal, dose única repetida em 7 dias, associado à permetrina 5% em loção para aplicação tópica em ciclo de 7 dias, com repetição de ciclo em 1 semana. Todos os residentes domiciliares e contato próximos também foram tratados. A doente evoluiu com melhoria paulatina do quadro clínico, após 2 dias de internamento, recebendo alta hospitalar



Figura 1: Eritema e descamação afetando abdômen, coxas e dorso.



Figura 2: Eritema e descamação afetando coxa e tornozelo.



Figura 3: Pápulas eritematosas e descamação em interdigitais de pé esquerdo.

e encaminhamento aos serviços de Dermatologia e Reumatologia para seguimento em ambulatório.

Discussão

A eritrodermia pode apresentar variadas causas, de maneira que, raramente se identificam fatores que direcionam o seu diagnóstico etiológico.⁷ Tal condição clínica revela-se ainda mais desafiadora, ao se considerar que em parcela expressiva dos casos, encontram-se presentes doenças cutâneas preexistentes, as quais podem ou não estar relacionadas ao desencadeamento da eritrodermia.^{5,10}

O diagnóstico etiológico precoce da eritrodermia revela-se essencial, na medida em que, a evolução da condição pode levar a complicações sistêmicas como distúrbios hidroeletrólítico e termorregulatório, hipoalbuminemia, insuficiência cardíaca de alto débito e síndrome do desconforto respiratório.¹¹

Considerando-se que as causas mais frequentes de eritrodermia são as doenças cutâneas preexistentes agudizadas,¹⁰ a hipótese diagnóstica inicial cogitada no caso reportado foi a psoríase eritrodérmica. Por outro lado, devido ao uso crônico de diversos fármacos pela doente, sobretudo tratamento recente com antibióticos, considerou-se a farmacodermia como possível diagnóstico diferencial.

As reações medicamentosas figuram como segunda causa mais comum de eritrodermia, apresentando-se de forma súbita com resolução geralmente mais rápida que outras etiologias de eritrodermia.^{10,12} Além disso, manifestações como febre, leucocitose com eosinofilia, edema, adenomegalias, hepatomegália, esplenomegália, disfunção hepática e renal também favorecem a hipótese de farmacodermia.^{11,12} Outros diagnósticos diferenciais também devem ser conjecturados, como eczema, doença de Darier, dermatite de contato e ictiose.^{13,14}

Todavia, apresentações atípicas ou extremas de escabiose crostosa podem ocorrer sob a forma de eritema disseminado com descamação e crostas espessas, afetando principalmente cotovelos, joelhos, mãos, pés e couro cabeludo, mimetizando a psoríase.^{1,9,13,15} Sob outra perspectiva, o uso crônico de corticoides também pode favorecer o surgimento de manifestações clínicas incomuns, como no caso reportado, sendo facilmente confundidas com outras dermatoses.¹⁶ Além disso, o prurido — frequente nas infestações por *Sarcoptes scabiei* — pode não estar presente em quadros exuberantes de escabiose crostosa.^{9,17}

Dessa forma, a diferenciação da escabiose crostosa das demais etiologias de eritrodermia pode ser estabelecida a partir de achados clínicos como o envolvimento acentuado de interdigitais,^{1,9,15} observados no caso reportado, bem como pela microscopia direta de raspado cutâneo evidenciando ácaros e / ou ovos de *Sarcoptes scabiei*.¹

A dermatoscopia também representa um importante recurso diagnóstico, possibilitando a identificação de sulcos escavados e parasitas que se apresentam como triângulos acastanhados em forma de asa-delta.^{1,18,19} Entretanto, em peles de fototipo alto e áreas pilosas a visualização do ácaro pode ser mais difícil, dependendo da experiência do examinador.²⁰

Devido à atipia do caso, a dermatoscopia não foi adotada, realizando-se então a biópsia das lesões. O exame anatomo-patológico na escabiose crostosa pode revelar hiperqueratose maciça, acantose de padrão psoriasiforme, sulcos escavados e ácaros no estrato córneo da epiderme, e eventualmente, áreas de espongiose próximas aos sulcos. A derme geralmente apresenta infiltrados linfocitocitários perivasculares,

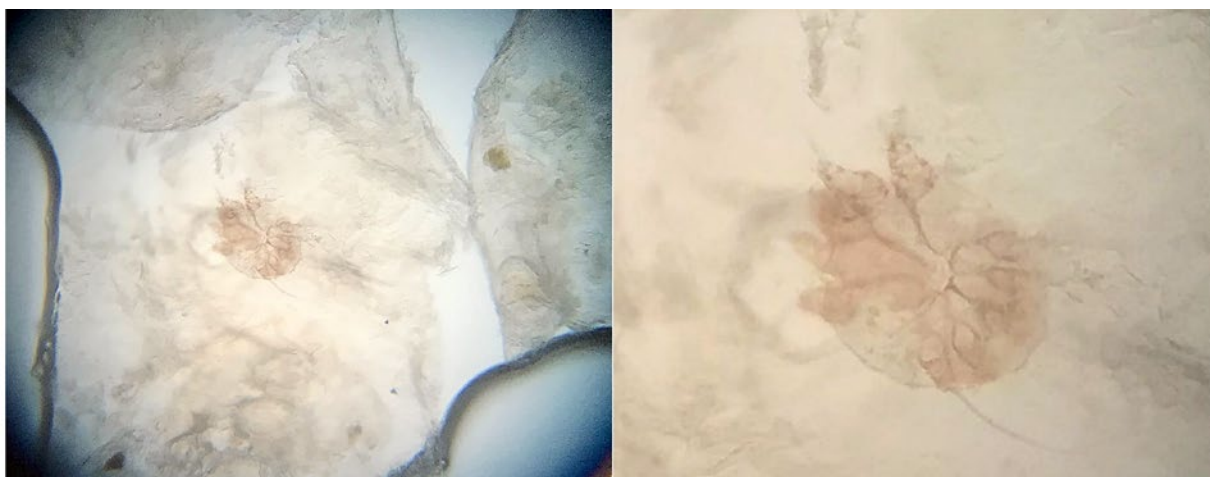


Figura 4: Exame microscópico direto evidenciando ácaro de *Sarcoptes scabiei*.

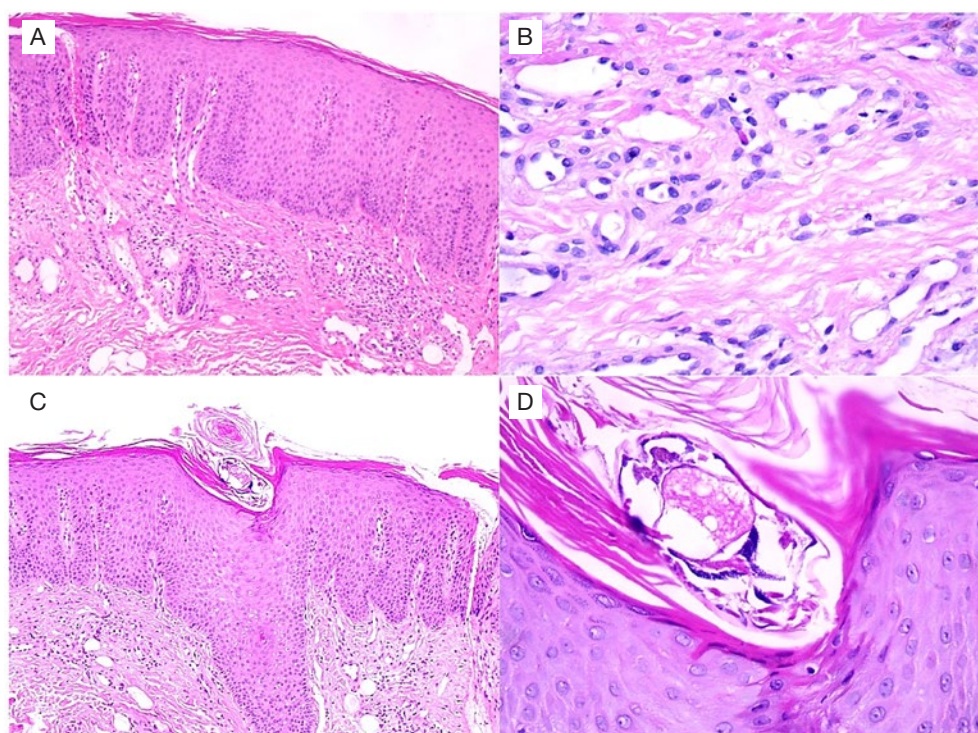


Figura 5: a) Hiperplasia epidérmica com padrão psoriasiforme (H&E, 4x). b) Infiltrado perivascular em derme com presença de eosinófilos (H&E, 10x). c e d) Hiperplasia psoriasiforme evidenciando ácaro *Sarcoptes scabiei* em camada córnea ortoceratótica (H&E, 4x; H&E, 10x).

compostos principalmente por eosinófilos.^{14,20,21} Esses achados foram observados na amostra do caso reportado.

Em relação ao tratamento da escabiose, a primeira linha terapêutica consiste na permetrina 5% (loção ou creme), que deve ser aplicada na pele de todo corpo (exceto cabeça e pescoço), sendo mantida idealmente por 8 a 14 horas. A reaplicação é indicada em 7 a 10 dias.^{22,23} Outras opções de escabicidas tópicos incluem benzoato de benzila 10%-25%, enxofre precipitado 2%-10%, crotamiton 10%, malatião 0,5% e lindano 1%.²⁴

A ivermectina sistêmica é considerada terapia de segunda linha, com recomendação de dose de 200 mcg/kg, repetida em 7 a 10 dias, devido ao caráter exclusivamente acaricida da medicação.²³ Revisão recente da Cochrane evidenciou que ivermectina sistêmica e permetrina tópica a 5% apresentam efetividade equivalente.²⁴ Dessa forma, recomenda-se a ivermectina em casos com contraindicações ao uso da permetrina ou refratários à terapêutica tópica.²²

Contudo, em casos de escabiose crostosa, devido ao grau de infestação dos ácaros, recomenda-se manejo terapêutico

combinado: ivermectina sistêmica em administrações regulares por 2 semanas (dias 1, 2, 8, 9 e 15); associada a permetrina tópica a 5% com aplicações diárias por 1 semana.²³

Vale ressaltar que, o sucesso terapêutico pressupõe o tratamento dos contatos íntimos dos doentes infestados, mesmo que assintomáticos, assim como a adoção de medidas de controlo ambiental: lavagem de roupas e acessórios pessoais com água quente (temperatura acima de 50°C)²² ou deposição em repositórios plásticos fechados por aproximadamente 72 horas.²⁴

Conclusão

Frente ao caso clínico reportado, reforça-se a importância da escabiose crostosa como diagnóstico diferencial dos casos de eritrodermia, sobretudo entre doentes em estados de imunodepressão. Assim, a partir de exame clínico apurado e biópsia cutânea, realizou-se o diagnóstico dessa condição dermatológica, possibilitando o tratamento precoce, relativamente simples, que evitou a evolução do quadro com complicações.

Embora as eritrodermias sejam frequentemente associadas a reações medicamentosas agudas ou agravamentos de doenças cutâneas prévias, como a psoríase, deve-se sempre atentar a outras etiologias desencadeantes para essa condição dermatológica, a qual pode evoluir com complicações e riscos de vida. ■

Declaração de Contribuição

IGF, JLB, LD – Conceção e delineamento do estudo, revisão de literatura, redação preliminar e final.

LL, RPD – Análise de resultados, revisão de literatura e redação final.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida.

Contributorship Statement

IGF, JLB, LD – Conception and design of the study, literature review, preliminary and final draft.

LL, RPD – Analysis of results, literature review and final draft.

All authors approved the final draft

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Iago Gonçalves Ferreira - iago_goncalves14@hotmail.com

UFCSA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

R. Sarmento Leite, 245 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, 90050-170, Brasil

Recebido / Received: 2022/05/30

Aceite / Accepted: 2022/08/16

Publicado / Published: 2023/03/03

REFERÊNCIAS

- Santiago F, Januário G. Escabiose: Revisão e Foco na Realidade Portuguesa. *J Port Soc Dermatology Venereol.* 2017;75:129–37.
- Davis JS, McGloughlin S, Tong SY, Walton SF, Currie BJ. A novel clinical grading scale to guide the management of crusted scabies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7:e2387. doi: 10.1371/journal.pntd.0002387
- Del Borgo C, Belvisi V, Tieghi T, Mastroianni CM. Atypical presentation of crusted (Norwegian) scabies. *Infection.* 2015;43:623-4. doi: 10.1007/s15010-015-0769-7.
- Maghrabi MM, Lum S, Joba AT, Meier MJ, Holmbeck RJ, Kennedy K. Norwegian crusted scabies: an unusual case presentation. *J Foot Ankle Surg.* 2014;53:62-6. doi: 10.1053/j.jfas.2013.09.002.
- Aqil N, Nassiri A, Baybay H, Douhi Z, Elloudi S, Fatima Zahra Mernissi. Erythroderma: A clinical and etiological study of 92 patients. *Dermatol Online.* 2019;10:1–6.
- Li J, Zheng HY. Erythroderma: a clinical and prognostic study. *Dermatology.* 2012;225:154-62. doi: 10.1159/000342365.
- César A, Cruz M, Mota A, Azevedo F. Erythroderma. A clinical and etiological study of 103 patients. *J Dermatol Case Rep.* 2016;10:1-9. doi: 10.3315/jdcr.2016.1222.
- Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol.* 2005;5:5. doi: 10.1186/1471-5945-5-5.
- Cuellar-Barboza A, Cardenas-de la Garza JA, García-Lozano JA, Martínez-Moreno A, Jaramillo-Moreno G, Ocampo-Candiani J. A case of hyperkeratotic crusted scabies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14:e0007918. doi: 10.1371/journal.pntd.0007918.
- Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, van Vloten WA. Erythroderma. A clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:53-7. doi: 10.1016/s0190-9622(96)90496-x.
- Rothe MJ, Ba TL, Grant-kels JM. Erythroderma. *Inpatient Dermatol.* 2000;18:405–15.
- Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: Diagnosing and treating the “red man”. *Clin Dermatol.* 2005;23:206–17.
- Goyal NN, Wong GA. Psoriasis or crusted scabies. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:211-2. doi: 10.1111/j.1365-2230.2007.02539.x.
- Kutlu NS, Turan E, Erdemir A, Gürel MS, Bozkurt E. Eleven years of itching: A case report of crusted scabies. *Cutis.* 2014;94:1–6.
- Vasanwala F, Ong C, Aw C, How C. Management of scabies. *Singapore*

- Med J. 2019;60:281–5.
16. Binic I, Jankovic A, Jovanovic D, Ljubenic M. Crusted (Norwegian) Scabies Following Systemic and Topical Corticosteroid Therapy. *J Korean Med Sci.* 2010;25:188.
 17. Ebrahim KC, Alves JB, Tomé L de A, Moraes CF de, Gaspar AD, Franck KF, et al. Norwegian scabies - rare case of atypical manifestation. *An Bras Dermatol.* 2016;91:826–8.
 18. Alves AO, Filho FB, Martins G, Nogueira LLC, Lanza T de A, Nery JA da C. Escabiose: erupção pápulo-pruriginosa polimórfica em um paciente com tuberculose pulmonar - auxílio da dermatoscopia. *J Port Soc Dermatology Venereol.* 2013;71:507–10.
 19. Bollea Garlatti LA, Torre AC, Bollea Garlatti ML, Galimberti RL, Argenziano G. Dermoscopy aids the diagnosis of crusted scabies in an erythrodermic patient. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:e93–5.
 20. Richards RN. Scabies: Diagnostic and Therapeutic Update. *J Cutan Med Surg.* 2021;25:95–101. doi: 10.1177/1203475420960446.
 21. Falk ES, Eide TJ. Histologic and Clinical Findings in Human Scabies. *Int J Dermatol.* 1981;20:600–5.
 22. Gunning K, Kiraly B, Pippitt K. Lice and Scabies: Treatment Update. *Am Fam Physician.* 2019;99:635–42.
 23. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118:695–704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296.
 24. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:533-48. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.109.