

## **NÓDULOS ESCABIÓTICOS EM PROFISSIONAL DE SAÚDE**

### **NODULAR SCABIES IN HEALTH PROFESSIONAL**

**TIPO DE ARTIGO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Couto C<sup>1</sup>, Rodrigues A<sup>2</sup>, Roque A<sup>3</sup>, Eiras J<sup>4</sup>, Carvalhas J<sup>5</sup>.

## **INTRODUÇÃO**

A escabiose ou sarna humana é uma infestação cutânea parasitária causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* variedade *hominis* (*S. Scabiei*). A prevalência mundial é estimada em 200 milhões de pessoas, sendo particularmente comum nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, os surtos de escabiose são mais comuns em instituições de saúde (1). Os nódulos escabióticos constituem uma apresentação menos frequente da escabiose clássica e caracterizam-se por se apresentarem como estruturas eritematosas, firmes, persistentes e extremamente pruriginosas, envolvendo tipicamente a região genital. A sua fisiopatologia permanece incerta, podendo corresponder a uma reação de hipersensibilidade tardia ao ácaro ou penetração mais profunda do ácaro na derme, o que torna a sua erradicação mais difícil (2).

## **CASO CLÍNICO**

Mulher, 35 anos, assistente operacional no serviço de Medicina Interna, sem antecedentes pessoais de relevo. Em junho de 2021 desenvolveu pápulas eritematosas localizadas na região periumbilical e em ambos os membros superiores, associadas a prurido intenso generalizado, com agravamento noturno, no contexto de um surto de escabiose, em que mais de vinte colaboradores foram afetados. O doente-fonte terá sido um idoso internado nesse serviço, que apresentava lesões cutâneas disseminadas hiperqueratóticas e

---

### **<sup>1</sup> Carla Couto**

Médica Interna de Formação Especializada de Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. MORADA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Rua Central, 143, 4505-028 Argoncilhe. E-MAIL: carlacouto87@hotmail.com  
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Pesquisa bibliográfica, estatística e redação do artigo.

### **<sup>2</sup> Andrea Tavares Rodrigues**

Médica Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar. Responsável do Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho do CHEDV, E.P.E. 4520-035 Arrifana. E-MAIL: andrearodrigues1986@gmail.com  
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Realização do protocolo e revisão final

### **<sup>3</sup> Alexandra Lima Roque**

Médica Especialista em Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 4500-316 Canidelo. E-MAIL: alexandra.roque@chedv.min-saude.pt  
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão final

### **<sup>4</sup> João Gonçalo Eiras**

Médico Interno de Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 4770-052 Famalicão. E-MAIL: joao.eiras@chedv.min-saude.pt  
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Realização da estatística e revisão final

### **<sup>5</sup> Jacinta Carvalhas**

Enfermeira do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 3720-412 Oliveira de Azeméis. E-MAIL: jacinta.carvalhas@chedv.min-saude.pt  
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão final



descamativas, com diagnóstico de sarna crostosa. A todos os profissionais de saúde envolvidos e seus coabitantes foi instituída terapêutica com benzoato de benzilo em loção a 10-25% (Acarilbial) e devidamente orientados pelo Serviço de Saúde Ocupacional da instituição. Após a aplicação da loção, a colaboradora notou uma melhoria do prurido generalizado e resolução das lesões dos membros superiores e região periumbilical. No entanto, após cerca de duas semanas surgiram de novo várias lesões eritematosas firmes e extremamente pruriginosas na região inguinal. Foi avaliada por Dermatologia, tendo sido realizado o diagnóstico de nódulos escabióticos. Realizou tratamento com ivermectina oral, um comprimido manipulado de 12 mg por semana durante três semanas e permetrina tópica, uma aplicação de creme manipulado a 5%, uma noite por semana, durante três semanas.

Apesar do tratamento instituído, os nódulos persistiram, pelo que foi reavaliada por Dermatologia e orientada a manter a aplicação tópica de permetrina nos nódulos, alternando com corticoide tópico de média potência. O tratamento tópico alternado foi prolongado durante vários meses, pois sempre que suspendia tratamento tópico, os nódulos tornavam-se mais proeminentes e o prurido intensificava-se.

Em fevereiro de 2022, a colaboradora foi reavaliada no serviço de Saúde Ocupacional da instituição. A persistência dos nódulos associado a prurido intenso, motivou o retratamento com ivermectina. Posteriormente ao retratamento, assistiu-se a uma melhoria gradual das lesões até à sua resolução completa. Após discussão do caso e uma vez que se tratou de uma escabiose complicada e com várias recidivas, procedeu-se à notificação de Doença Profissional.

## **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Embora em Portugal ainda se utilize amplamente a loção de benzoato de benzil (Acarilbial) para o tratamento de escabiose, o tratamento mais eficaz é a permetrina a 5% (3). Os nódulos escabióticos podem persistir muito tempo após o tratamento da infestação inicial, sendo muitas vezes difíceis de erradicar. O tratamento de primeira linha recomendado são os corticosteroides tópicos de alta potência durante duas a três semanas ou injeção intralesional com triamcinolona. Nos casos refratários, deve ser realizado dermatoscopia ou biópsia com o objetivo de identificar persistência de ácaros. Se se confirmar a sua persistência, está indicado retratamento com permetrina tópica e ivermectina oral (4). No caso clínico apresentado, a resolução do quadro após retratamento com ivermectina, levanta como hipótese mais provável a persistência de ácaros em camadas mais profundas da derme, apesar de não ter sido realizada dermatoscopia ou biópsia.

Perante diagnóstico de escabiose clínica ou suspeita em profissional de saúde, o serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E, procede à identificação do doente-fonte sempre que possível. No caso de escabiose crostosa, o doente deve ficar em isolamento durante todo o tratamento, até à cura. O serviço, bem como as roupas pessoais e de cama devem ser devidamente higienizados. Os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a estes doentes devem usar equipamentos de proteção individual adequados (luvas, avental, touca) e higienizar devidamente as mãos após esses contactos. Para além disso, é realizado rastreio de contactos com o objetivo de identificar todos os sintomáticos e assintomáticos com contacto próximo e/ou prolongado de um caso (doente e/ou profissional de saúde). É recomendado o tratamento simultâneo de todos os profissionais de saúde envolvidos bem como dos seus respetivos coabitantes, mesmo que assintomáticos. Quando se realiza a prescrição do tratamento, também devem ser explicadas as recomendações de higienização das roupas. Os profissionais de saúde com diagnóstico de escabiose apresentam inaptidão temporária para o trabalho. No dia seguinte ao início do tratamento com permetrina a 5% tópico ou ivermectina oral, os profissionais de saúde já podem regressar ao

trabalho, com recomendação de uso de luvas descartáveis até à resolução do quadro. Se for prescrito loção de benzoato de benzilo (Acarilbial) ou enxofre precipitado em vaselina, o ideal é que haja uma evicção laboral de dois ou três dias respetivamente. Após regresso ao trabalho, os profissionais de saúde devem ser observados pela saúde ocupacional, de forma a comprovar a melhoria das lesões/adesão à terapêutica. O preenchimento da ficha de aptidão apresentará, dessa forma, a conclusão de apto. Deve-se manter uma vigilância prolongada no tempo dos profissionais de saúde até à resolução total do quadro clínico, por forma a garantir a quebra da cadeia de transmissão e a extinção de surtos. A escabiose pode ser considerada como doença profissional, apesar de não constar da Lista de Doenças Profissionais (5).

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse.

## BIBLIOGRAFIA

1. Karimkhani C, Colombara D, Drucker A, Norton S, Hay R, Engelman D et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet. Infectious Diseases*. 2017; 17(12): 1247-1254. DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30483-8.
2. Czeschik J, Huptas L, Schadendorf D e Hillen U. Nodular scabies: hypersensitivity reaction or infection? *Journal of the German Society of Dermatology*. 2011; 9(10): 840-841. DOI:10.1111/j.1610-0387.2011.07743.x.
3. Rosumeck S, Nast A e Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 4(4): 1-73. DOI: 10.1002/14651858.CD012994.
4. Suh K, Han S, Lee K, Park J, Jung S, Kim S et al. Mites and burrows are frequently found in nodular scabies by dermoscopy and histopathology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014; 71(5): 1022-1023. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.06.028.
5. Decreto Regulamentar nº 6/2001 de 5 de maio (revisto pelo Decreto Regulamentar nº 76/2007 de 17 de Julho), referente à aprovação da lista de Doenças Profissionais.

*Figura 1: Nódulos escabióticos na região inguinal*



*Figura 2: Resolução dos nódulos escabióticos após retratamento com ivermectina*



Data de receção: 2023/07/04

Data de aceitação: 2023/07/09

Data de publicação: 2023/07/15