V - Doenças causadas por parasitas

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RODRIGUES, DA., *et al.* *Atlas de dermatologia em povos indígenas* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2010. Doenças causadas por parasitas, p. 81-92. ISBN 978-85-61673-68-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

V

DOENÇAS CAUSADAS
POR PARASITAS

1. Escabiose

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por um parasita denominado *Sarcoptes scabiei*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças, muito contagiosa, podendo causar epidemias, como a que ocorreu entre os índios Panará, quando habitavam o Parque Indígena do Xingu. A transmissão ocorre por contato pessoal e por roupas contaminadas (camisas, redes, toalhas, calções etc.).

Existe escabiose entre animais domésticos, como cão e gato. Em geral, os animais apresentam queda de pelo. A doença animal pode eventualmente ser transmitida ao homem, principalmente ao que mantém um contato maior com o animal.

QUADRO CLÍNICO

A escabiose causa muita coceira, principalmente à noite quando estamos deitados. As lesões características são pápulas eritematosas. Surgem pequenas feridas com crostas (cascas) ou escoriações nas áreas de dobras da pele (axilas, entre os dedos das mãos, virilha), mas podem atingir outras áreas (cintura pélvica, punhos, região umbilical) e,

eventualmente, todo o corpo. Nas mulheres, é comum acometer as mamas. Nos homens, é comum aparecerem caroços no pênis e no saco escrotal (Figuras 50, 51, 52 e 53). Nas crianças podemos encontrar vesículas nas palmas das mãos e plantas dos pés. Geralmente há mais de uma pessoa da casa ou da família com a coceira. É comum ocorrer infecção bacteriana nas lesões.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Em quase todos os casos, o diagnóstico se faz pelo quadro clínico e epidemiologia (casos familiares).

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (benzoato de benzila, monossulfiram, permetrina 5%, enxofre precipitado 5%).

Quando necessário, podem-se utilizar medicamentos sistêmicos (ivermectina em dose única repetida após uma semana).

Para o sucesso do tratamento, os familiares e os que moram na mesma casa também devem ser tratados. Deve-se também lavar e colocar para secar diariamente todas as roupas e, se possível, as redes também.

Figura 50. Escabiose. Pápulas escoriadas na axila.

Figura 51. Escabiose. Pápulas escoriadas na região interdigital das mãos.

Figura 52. Escabiose. Pápulas eritematosas na região genital.

Figura 53. Escabiose. Pápulas escoriadas na região periumbilical.

2. Pediculose (Piolhos)

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença dos cabelos e pelos causada por parasitas do gênero *Pediculus* (piolhos). Quando atinge a cabeça, chama-se pediculose do couro cabeludo, quando atinge os pelos do corpo, chama-se pediculose do corpo e quando atinge os pelos dos genitais chama-se fitiríase (chato).

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças, muito contagiosa – capaz de causar epidemias. A transmissão ocorre por contato pessoal. A fitiríase, por ser de localização genital, pode ser transmitida pelo contato sexual.

QUADRO CLÍNICO

Causa muita coceira, principalmente na cabeça, que é o local mais frequentemente acometido. Escoriações nas costas dos pacientes, logo abaixo da nuca (Figura 54) podem ser encontradas. Essa forma geralmente inicia-se na região posterior (occipital).

O diagnóstico é feito pela visualização dos piolhos na área acometida e pela presença dos ovos desses parasitas (lêndeas) aderidos aos cabelos e pelos (Figura 55).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

As lêndeas podem ser observadas a olho nu, não sendo necessário exame através do microscópio.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (benzoato de benzila, permetrina 5%).

Quando necessário, medicamentos sistêmicos (ivermectina) podem ser utilizados.

Para o sucesso do tratamento, todos aqueles que tiverem a pediculose, principalmente as crianças, devem ser tratados. Para remover as lêndeas deve-se aplicar uma mistura de água morna com um pouco de vinagre na cabeça. Depois de meia hora, elas podem ser removidas com pente fino.

Figura 54. Pediculose. Pápulas escoriadas na região occipital.

Figura 55. Pediculose. Lêndeas aderidas aos cabelos.

3. Larva Migrans

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada por larvas, presentes no solo, depositadas em fezes de cães e gatos. É também chamada de bicho-geográfico.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum em locais com solo arenoso e seco. A doença não é transmitida de pessoa para pessoa.

QUADRO CLÍNICO

Provoca muita coceira na área afetada, que normalmente é o pé, mas pode atingir também as mãos e nádegas ou qualquer outra

região do corpo. A lesão cutânea é característica com aspecto linear e vai aumentando com o tempo pela movimentação da larva (Figura 56).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico de infestação por larva migrans é clínico.

TRATAMENTO

O tratamento tópico é eficaz (tiabendazol 5%). Medicamentos sistêmicos também podem ser utilizados (ivermectina, albendazol, tiabendazol).

Figura 56. Larga migrans. Lesões eritematosas e lineares.

4. Leishmaniose Tegumentar Americana

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É doença de pele e mucosas causada por parasitas do gênero *Leishmania*.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre em áreas de mata e é transmitida por picadas de alguns tipos de mosquitos contaminados com o parasita e que habitam essas regiões. Os hospedeiros da doença são animais domésticos e cavalos. A transmissão não ocorre diretamente do contato com o animal ou o homem contaminado, o mosquito sempre participa da cadeia. No PIX, a espécie mais comum é a *Leishmania braziliensis*. Essa espécie é responsável por lesão na pele e nas mucosas (nariz e boca).

QUADRO CLÍNICO

Pode se apresentar de diferentes maneiras. A lesão mais típica é uma úlcera (ferida) com contornos arredondados, bordas bem definidas e altas (parecendo moldura de um quadro) e fundo bem avermelhado (Figuras 57, 58, 59 e 60). A lesão é assintomática, não dói nem coça. Pode cicatrizar espontaneamente após alguns meses e reaparecer depois de anos, causando lesões nas mucosas,

principalmente do nariz. Como o parasita tem predileção pela cartilagem, ele se instala na cartilagem nasal, perfurando-a e destruindo-a. O doente desenvolve uma deformidade na ponta do nariz, com aspecto de nariz de anta (nariz em tapir).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Para fazer o diagnóstico, pode-se realizar uma pequena biópsia da borda da lesão. Existe um teste de aplicação intradérmica, denominado teste de Montenegro, no qual se injeta 0,1 ml de um reagente (antígeno de Montenegro), para que se possa fazer a leitura da pápula que se forma no local da injeção após 48 a 72 horas. Se a pápula for maior que 5 mm, é forte a chance da doença ser causada pela *Leishmania*.

TRATAMENTO

O tratamento é feito com medicamentos sistêmicos (meglumina, itraconazol, alopurinol).

Quando há contraindicação para o uso da medicação sistêmica, pode ser realizada a infiltração intralesional com meglumina sem ser diluída, utilizando-se no máximo uma ampola (5 ml) por aplicação.

57

58

59

60

Figura 57. Leishmaniose tegumentar. Lesão ulcerada recoberta com crosta hemática na perna.

Figuras 58, 59 e 60. Lesões ulceradas com borda em “moldura” na perna.

5. Tungíase

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por uma pulga denominada *Tunga penetrans*. A doença também é conhecida por “bicho-de-pé”, dentre outras denominações regionais.

EPIDEMIOLOGIA

O agente responsável pela doença é encontrado no solo seco e arenoso (terra, zona rural, chiqueiros, currais) e penetra na pele do homem que está em contato com esse ambiente, principalmente quando ele está descalço. Pode afetar homens e suínos. É mais comum nos adultos.

QUADRO CLÍNICO

Inicialmente apresenta discreta coceira na região, que evolui para sensação de dor local. A lesão característica é uma pápula amarelada (popularmente denominada de “batata”) com ponto escuro central, que representa o próprio agente inoculado na

pele. A localização preferencial é na região dos pés (região interdigital, região plantar e região subungueal), mas ocasionalmente pode acometer outras áreas do corpo.

A infecção secundária é complicação frequente. Quando ocorre infestação maciça nos pés, o quadro pode se confundir com outras dermatoses (Figura 61).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Em quase todos os casos, o diagnóstico se faz pelo quadro clínico e pela epidemiologia (história de contato com terra, areia etc.).

TRATAMENTO

O tratamento consiste na retirada do agente com agulha esterilizada ou por outros meios (curetagem, eletrocoagulação, crioterapia com nitrogênio líquido).

Nos casos com infestação maciça, pode-se utilizar tiabendazol sistêmico (três a cinco dias) ou ivermectina oral (dose única).

Figura 61. Tungíase. Infestação maciça no pé.