



POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO
Cura e apegar Scientia



DERMOSCOPIA DA SARNA CROSTOSA ASSOCIADA À SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE CASO

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Chefia: Dr. David Rubem Azulay

Loan Towersey ^{1,3}, Mariana X. da Cunha ³, Cecília Feldman ², Carlos Gustavo C. de Castro ¹, Timothy G. Berger ⁴

¹ Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, RJ, Brazil;

² Serviço de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

³ Serviço de SIDA, Hospital Municipal Carlos Tortelly, Niterói, RJ, Brasil;

⁴ University of California, San Francisco (UCSF, CA, E.U.A.)

INTRODUÇÃO:

A sarna crostosa (SC), é uma forma rara e grave de infestação pelo *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, caracterizada por um grande número de parasitas na pele. A SC é comumente vista em pacientes imunocomprometidos, incluindo condições como linfoma, leucemia, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença exerto *versus* hospedeiro e em pacientes submetidos ao tratamento com imunossuppressores e corticosteróides tópicos. A falência de resposta do sistema imunológico, em particular da imunidade mediada por células, tem sido considerada na patogênese da doença. Também ocorre em pacientes institucionalizados e com alterações neurológicas como ocorre na Hanseníase e na Siringomielia. As lesões são crostosas, espessas, acinzentadas, descamativas e além do círculo de Hebra, acometem couro cabeludo, palmas região plantar e subungueal. A dermatoscopia representa um método de grande utilidade e alta sensibilidade no diagnóstico desta parasitose^{1,2}. Os achados dermatoscópicos permitem tanto o diagnóstico pela evidência dos parasitas e dos sulcos escabióticos bem como são úteis no monitoramento da eficácia terapêutica^{3,4}.

RELATO DE CASO:

SRC, feminina, parda, 58 anos, etilista e portadora de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) com baixa aderência à terapia antiretroviral (ART). Foi internada em fevereiro de 2008 na enfermaria de SIDA, apresentando quadro diarreico, desnutrição, lesões crostosas e pruriginosas disseminadas pelo corpo e couro cabeludo, não poupando palmas e plantas, com prurido predominantemente noturno (Figura 1). Inicialmente estas lesões predominavam no couro cabeludo com intensa descamação e prurido, já tendo feito uso de uma dose de ivermectina oral. A paciente foi colocada em isolamento de contato, pois as lesões eram clinicamente compatíveis com SC. Concomitantemente, apresentava lesão herpética no lábio e candidíase oral. Os parâmetros imunológicos mostravam queda dos linfócitos CD4 (480 células por mm³ em outubro de 2007 versus 22 células por mm³ em março de 2008). A carga viral sempre mostrou-se indetectável. Assim que foi admitida foi reiniciada ART com lamivudina, efavirenz e DDI. Feita a dermatoscopia (Dermalite Pro II) com um aumento de 10 X evidenciou-se a presença de estruturas diplopoda-símile, sulcos escabióticos e estruturas acastanhadas em asa-delta (Figura 2), tendo sido ratificado o diagnóstico pelo exame parasitológico das escamas cutâneas clarificadas com solução de hidróxido de potássio a 10% que revelou numerosos parasitas e ovos (Figura 3). Foi tratada com ivermectina oral, vaselina com enxofre a 10% com boa resposta clínica e melhora dos parâmetros dermatoscópicos da infestação (Figura 4). Foi feito uso de azitromicina para tratamento de infecção bacteriana secundária, fluconazol para tratamento da candidíase e aciclovir para manejo da infecção herpética, tendo tido alta hospitalar após 15 dias com orientação de manter controle terapêutico a nível ambulatorial.

Fig. 1- Aspecto das lesões crostosas na face e no couro cabeludo



Fig. 2- Exame dermatoscópico mostrando estruturas acastanhadas triangulares (asa-delta), lesões lineares (sulcos escavados) e imagens parecidas com gongolos (diplopoda-símile)



Fig. 4- Melhora clínica significativa após 14 dias de tratamento



Fig. 3- Microscopia do *Sarcoptes scabiei* no exame direto de escamas cutâneas clarificadas com KOH a 10% (aumento original 20 X)

DISCUSSÃO:

O abandono da ART com queda brusca dos parâmetros imunológicos associados ao etilismo e à desnutrição, favoreceram o surgimento da SC, forma da parasitose que se associa à imunossupressão. Na forma clássica da escabiose, o paciente é infestado por até 12 parasitas (sendo cada túnel habitado por 1 parasita). A dermatoscopia possibilita a identificação dos sulcos escavados, bem como a detecção dos parasitas que ao método apresentam-se como triângulos acastanhados em forma de asa-delta que correspondem à parte anterior do *Sarcoptes scabiei*^{1,2}. Na escabiose hiperqueratósica, já foi comprovada utilidade do emprego da dermatoscopia, tanto no diagnóstico como no acompanhamento terapêutico². A riqueza de parasitas nesta forma de infestação é facilmente evidenciada por este exame. No contexto da SIDA, o prurido da infecção pelo HIV, a xerose cutânea e as lesões exuberantes de dermatite seborreica podem levar a dificuldade de diagnóstico da SC⁵, ressaltando-se ainda a importância do achado dermatoscópico de estruturas diplopoda-símile, possível novo padrão dermatoscópico patogênico da SC. O pronto isolamento da paciente evitou a disseminação da infestação, uma vez que a sarna crostosa é altamente contagiosa. Na SC há milhares de parasitas e o achado das estruturas diplopoda-símile provavelmente correlacionam-se com escavações de maior dimensão que o sulco escabiótico classicamente descrito. A boa resposta terapêutica observada na clínica foi concomitante à melhora dos padrões de escabiose com diminuição do número de parasitas ao exame dermatoscópico.

REFERÊNCIAS:

1. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(1):53-62
2. Erbil H, Sezer E, Kurumlu Z, Taslan HB. Norwegian scabies of the legs in a patient with paraplegia. *Clin Exp Dermatol*. 2007 May; 32 (3):347-8.
3. Prins C, Stucki L, French L, Saurat JH, Braun RP. Dermoscopy for the *in vivo* detection of sarcoptes scabiei. *Dermatology*. 2004;208(3):241-3.
4. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H, Di Stefani A, Ferrara G, Hofmann-Wellenhof R, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology*. 2008;216(1):14-23.
5. Ramachandran V, Shankar EM, Devalenai B, Pachamuthu B, Thousen SM, Sekar R, et al. Atypically distributed cutaneous lesions of Norwegian scabies in an HIV-positive man in South India: a case report. *J Med Case Reports*. 2008; 2:82