

ESCABIOSE NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

CHILDHOOD SCABIES: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Emille Karoline do Carmo Speretta,^{1*} Constância de Paiva Rocha,¹ Weslei Machado Speretta,¹ Priscila Longhin Bosquesi^{2,3}

¹Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

²Centro de Pesquisa Avançada em Medicina – CEPAM, União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

³Universidade de Araraquara – UNIARA, Araraquara, São Paulo, Brasil

[*Autor correspondente: emille.speretta@gmail.com]

RESUMO

Data de publicação: 15 de setembro de 2025

A escabiose é uma ectoparasitose caracterizada por pápulas eritematosas, tocas serpiginosas e prurido intenso, especialmente no período noturno. O diagnóstico é estabelecido por meio da correlação entre os achados clínicos do exame físico e métodos complementares, tanto invasivos quanto não invasivos, incluindo a videodermatoscopia. Na infância, o tratamento da escabiose apresenta desafios específicos, sobretudo devido aos potenciais efeitos adversos da ivermectina e da permetrina, fármacos de primeira escolha no manejo da doença. Em todo o mundo, cerca de 300 milhões de pessoas são afetadas anualmente, sendo os bebês e as crianças com as maiores taxas de incidência. A população pediátrica também apresenta as maiores taxas de complicações e agravos, cursando com infecções bacterianas secundárias por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa da literatura científica recente sobre a escabiose na infância, com ênfase no manejo, abordando seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Com base na revisão bibliográfica, observamos que as complicações da escabiose em crianças estão frequentemente associadas a reações de hipersensibilidade. Evidências crescentes indicam a ocorrência de uma reação autolimitada de hipersensibilidade pós-tratamento, não contagiosa, caracterizada pela persistência de pústulas nas palmas das mãos e plantas dos pés, sem a presença de sulcos ou ácaros, conhecida como acropustulose infantil. No entanto, a escassez de estudos randomizados, multicêntricos e com amostras representativas evidencia a necessidade de mais investigações para esclarecer esses mecanismos e orientar estratégias terapêuticas eficazes.

PALAVRAS-CHAVE

Escabiose, sarna sarcóptica, crianças, manejo infantil.

ABSTRACT

Scabies is an ectoparasitic infestation characterized by erythematous papules, serpiginous burrows, and intense pruritus, especially at night. Diagnosis is established through correlation between clinical findings from physical examination and complementary methods, both invasive and non-invasive, including videodermatoscopy. In childhood, scabies treatment presents specific challenges, mainly due to the potential adverse effects of ivermectin and permethrin, which are the first-line drugs for disease management. Worldwide, approximately 300 million people are affected annually, with infants and young children having the highest incidence rates. The pediatric population also shows the highest rates of complications and disease burden, often accompanied by secondary bacterial infections caused by *Streptococcus pyogenes* or *Staphylococcus aureus*. The objective of this study was to conduct a narrative review of recent scientific literature on childhood scabies, with an emphasis on management, addressing its epidemiological, clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. Based on the literature review, we observed that complications of scabies in children are often associated with hypersensitivity reactions. Growing evidence indicates the occurrence of a self-limited, non-contagious hypersensitivity reaction after treatment, characterized by persistent pustules on the palms and soles, without the presence of burrows or mites, known as infantile acropustulosis. However, the scarcity of randomized, multicenter studies with representative samples highlights the need for further research to clarify these mechanisms and guide effective therapeutic strategies.

KEYWORDS

Scabies, sarcoptic mange, children, pediatric management.

INTRODUÇÃO

A escabiose, também conhecida como “sarna humana”, é uma ectoparasitose humana causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Em todo o mundo, cerca de 300 milhões de pessoas são afetadas anualmente, sendo os bebês e as crianças com as maiores taxas de incidência.^{1,2} Estima-se que a prevalência média nesse grupo é de 5 a 10% em países desenvolvidos, podendo atingir até 50% em países com pouco recurso, clima tropical e alta densidade de habitantes.^{2,3}

Os surtos epidêmicos de escabiose ocorrem de forma esporádica, mas tendem a surgir em contextos vulneráveis, geralmente associados a uma combinação de fatores biofísicos, ambientais e socioeconômicos. Entre os principais fatores destacam-se a imunossupressão, condições de vida insalubres, variações sazonais, precária higiene pessoal e aglomerações.^{3,4} Entre 2023 e 2024, foram registrados 43 surtos de escabiose no território catarinense, nos municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Criciúma, Barra Velha, Itajaí e Itapema. O surto afetou principalmente alunos de escolas e creches infantis, levando à suspensão das aulas.⁵ A escabiose é considerada altamente contagiosa, pois os ácaros podem sobreviver por dois a três dias fora da pele humana, após contato direto ou indireto.⁶ As fêmeas adultas penetram no tecido escavando túneis nas camadas superficiais da epiderme, dando origem aos sinais clínicos patognomônicos da doença.⁷

A técnica padrão para o diagnóstico da escabiose consiste na identificação do ácaro, ovos ou fezes por exame microscópico, utilizando amostras obtidas por raspagem da pele.^{8,9} No entanto, abordagens menos invasivas demonstraram maior eficácia no reconhecimento e diagnóstico precoce.¹⁰ Além disso, embora o manejo da escabiose seja bem estabelecido, ainda existem algumas discussões sobre o tratamento para a população pediátrica.¹¹

Portanto, o objetivo desta revisão narrativa foi resumir as principais evidências científicas existentes sobre a escabiose na infância, com ênfase no manejo, abordando seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura por meio pesquisas realizadas nas bases de dados PubMed e SciELO, contemplando publicações entre 2017 e 2025. As estratégias de busca foram elaboradas utilizando operadores booleanos (“AND”, “OR”), combinando os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e pelo Medical Subject Headings (MeSH). Os termos empregados incluíram: “Escabiose”, “Sarna Sarcóptica”, “Lesão Escabiosa” e “Crianças”.

Além da busca eletrônica, foi realizada uma análise manual das listas de referências dos artigos selecionados com o intuito de identificar estudos adicionais potencialmente relevantes. A seleção dos títulos e resumos foi conduzida de forma independente por dois revisores (E.K.C.S. e C.P.R.), os quais também avaliaram os textos completos com base em critérios de elegibilidade previamente definidos. Divergências entre os revisores foram solucionadas mediante discussão com um terceiro autor (W.M.S.).

Não foram aplicadas restrições quanto ao idioma. Foram considerados elegíveis os estudos que: (1) estivessem disponíveis na íntegra e em acesso aberto; (2) abordassem especificamente a escabiose na infância; e (3) tratassem de aspectos como perfil epidemiológico, manifestações clínicas, agravos, complicações, diagnóstico e/ou tratamento.

RESULTADOS DA DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento deste estudo, foram selecionados 30 artigos científicos indexados em bases de dados reconhecidas,

incluindo revisões, estudos observacionais e diretrizes clínicas publicadas entre 2017 e 2025.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A escabiose clássica é caracterizada principalmente por pápulas eritematosas, tocas serpiginosas e prurido intenso. Os sintomas surgem de 2 a 6 semanas após o contato inicial, mas em casos de reinfestação, podem ocorrer em 1 a 3 dias.^{3,12}

As pápulas escabióticas geralmente são numerosas, medindo entre 1 a 2 mm de diâmetro, e podem apresentar-se com crostas, descamação ou sinais de escoriação devido ao prurido intenso. As tocas apresentam-se como trilhas lineares serpiginosas, com coloração variável entre esbranquiçada, avermelhada ou acastanhada. Essas lesões são discretamente elevadas em relação à pele adjacente e frequentemente terminam em uma vesícula ou bolha intacta, ou ainda em uma erosão superficial ao redor do ácaro.^{1,12,13}

O prurido é generalizado, intensificando-se durante a noite e após banhos quentes. Estudos indicam que essa piora ocorre devido ao aumento da atividade dos ácaros no período noturno.¹² Embora menos comum, a coceira pode estar ausente em lactentes, idosos, indivíduos que utilizam corticosteróides tópicos de forma inadequada ou em pacientes submetidos a tratamentos com imunossupressores, o que pode retardar o diagnóstico precoce da infestação sarcóptica. Por outro lado, essas populações em especial são mais propensas a desenvolver escabiose atípica, escabiose crostosa e agravos.^{12,14-16}

Essas lesões cutâneas se distribuem simetricamente e são observadas nos espaços interdigitais, superfície volar dos punhos, regiões laterais dos dedos e dos pés, face extensora do cotovelo, aréola (nas mulheres), nádegas, genitais, axilas, umbigo, joelhos, virilhas e coxas. O pescoço e o couro cabeludo são tipicamente áreas poupadas da escabiose, exceto em pacientes imunocomprometidos.^{12,17,18}

COMPLICAÇÕES E AGRAVOS EM IDADE PEDIÁTRICA

As principais complicações da escabiose na infância são as infecções bacterianas secundárias, causadas comumente por *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*, na forma de impetigo, celulite, foliculite ou ectima. Em casos menos frequentes, essas infecções podem se disseminar para tecidos mais profundos, evoluindo para complicações graves, como fascite necrotizante.^{19,20}

Vários estudos mostraram que os surtos de sarna humana são um importante fator de risco para doença renal, sobretudo na forma de glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.^{3,19} Além disso, um crescente corpo de evidências também implica uma reação de hipersensibilidade autolimitada, não contagiosa, após o tratamento para escabiose em crianças, com persistência de pústulas e nódulos nas plantas e palmas, mas sem sulcos ou presença de ácaros, denominada acropustulose infantil.^{21,22} Nos casos totalmente negligenciados, a escabiose também pode evoluir para infecção sistêmica por esses agentes, resultando em sepse, síndrome do choque tóxico, febre reumática ou infecção osteoarticular.^{20,23}

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da escabiose pode ser realizado por métodos invasivos e não invasivos; entretanto, na maioria dos casos, a anamnese detalhada e os achados do exame físico são suficientes para confirmar a suspeita clínica.^{2,12}

O uso da dermatoscopia contribui significativamente para a precisão diagnóstica da escabiose, dispensando a técnica de raspagem das lesões. A videodermatoscopia, técnica não invasiva amplamente empregada pelos dermatologistas, além de ser

mais aceita pelas crianças, permite a visualização ampliada in vivo das tocas e dos ácaros, demonstrando eficácia comparável aos métodos invasivos tradicionais.^{10,24} O dermoscópico UV, dispositivo que combina recursos de polarização com iluminação ultravioleta, representa uma alternativa promissora dentro da dermatoscopia. Sob a luz UV, tanto o conteúdo das tocas serpiginosas quanto o próprio ácaro emitem um reflexo brilhante, facilitando sua visualização e contribuindo para um diagnóstico mais preciso da escabiose.²⁵

TRATAMENTO

O tratamento da escabiose na infância apresenta desafios únicos, pois as manifestações são diferentes em cada criança. Além disso, muitos medicamentos utilizados em adultos não são recomendados para a população pediátrica devido aos efeitos colaterais e perfil de segurança, o que gera controvérsias entre os especialistas.^{26,27}

Em um estudo realizado na Suíça, até 67% dos dermatologistas pediátricos relataram o uso regular de ivermectina oral “off-label” em crianças com peso inferior a 15 kg, principalmente em casos de escabiose recalcitrante ou de difícil manejo com tratamento tópico. Embora a permetrina tópica seja reconhecida como tratamento de primeira linha para escabiose, falhas terapêuticas têm sido frequentemente observadas em crianças menores de 5 anos, seja por dificuldades na aplicação correta, baixa adesão familiar ou resistência do ácaro. Nessas situações, a administração sistêmica de ivermectina surge como uma alternativa viável, apesar das limitações legais e da escassez de dados de segurança robustos para essa faixa etária.²⁸

O uso da ivermectina oral “off-label” em crianças com menos de 15 kg permanece controverso, especialmente diante da ausência de ensaios clínicos randomizados controlados e de diretrizes pediátricas específicas. A direttriz europeia ainda recomenda cautela na prescrição da ivermectina em crianças pequenas, devido à limitada evidência disponível sobre seus efeitos a longo

prazo.²⁹ Essa lacuna normativa reflete um problema mais amplo, isto é, a escabiose continua sendo uma doença negligenciada pela saúde pública global, mesmo afetando milhões de crianças anualmente, especialmente em regiões endêmicas e populações socialmente vulneráveis.

O tratamento da escabiose consiste também no controle dos sintomas, com o uso de anti-histamínicos para alívio do prurido e de emolientes e/ou corticosteroides tópicos para o manejo da dermatite associada.²³ Desse modo, as diretrizes e os grandes estudos presentes na literatura científica indicam a permetrina 5% como tratamento de primeira linha, enquanto a ivermectina oral, quando disponível, é reservada para casos graves e de alto risco em crianças ou para programas de administração de medicamentos em comunidades endêmicas.^{24,29,30}

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a escabiose na infância permanece como um relevante desafio de saúde pública, especialmente em regiões marcadas por vulnerabilidades socioeconômicas e dificuldades no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. O reconhecimento oportuno das manifestações clínicas, aliado ao manejo terapêutico eficaz com medicamentos seguros, é essencial para a redução das complicações e para o controle da disseminação da doença entre crianças.

É imprescindível que as diretrizes clínicas sejam periodicamente atualizadas com base nas evidências mais recentes, contemplando, inclusive, o uso racional da ivermectina em populações pediátricas específicas. Ademais, estratégias de educação em saúde, fortalecimento da vigilância epidemiológica e ampliação do acesso a medicamentos devem ser intensificadas, sobretudo em contextos de surtos e alta prevalência.

CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores relatam que não há relacionamentos que possam ser interpretados como conflito de interesses. Não houve fontes externas de financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: a neglected global disease. *Curr Pediatr Rev*. 2020;16(1):33-42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31544694/>
2. Chiriac A, Diaconeasa A, Miulescu R, Chiriac AE, Wollina U. Scabies in infants and children - a narrative review. *Eur J Pediatr*. 2024;183(6):2537. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38536458/>
3. World Health Organization. Scabies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
4. Tavares M, Selores M. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. *Nascer e Crescer*. 2013; 22(2): 80-86. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000200004
5. Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Nota técnica: escabiose [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2024. Disponível em: <https://diva.sc.gov.br/index.php/noticias-todas/692-nota-escabiose>
6. Sánchez BJ, Monte SJ, Aldea MB, Zárate TI. Escabiosis en lactante: diagnóstico dermatoscópico y test de Müller. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23(89): 83-86. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000100013
7. Levi A, Mumcuoglu KY, Ingber A, Enk CD. Detection of living *Sarcoptes scabiei* larvae by reflectance mode confocal microscopy in the skin of a patient with crusted scabies. *J Biomed Opt*. 2012;17(6):060503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22734726/>
8. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies - short version. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016;14(11):1155-1167. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27879074/>
9. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. *Singapore Med J*. 2019;60(6):281-285. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31243462/>
10. Micali G, Lacarrubba F, Verzi AE, Chosidow O, Schwartz RA. Scabies: Advances in Noninvasive Diagnosis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016;10(6):e0004691. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4911127/>
11. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Treatment of scabies. *Aten Primaria*. 2022;54(3):102231.12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35051892/>
12. Al-Dabbagh J, Younis R, Ismail N. The current available diagnostic tools and treatments of scabies and scabies variants: An updated narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(21):e33805. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37233429/>
13. Guan Z, Bi T, Li Q. Dermoscopic and reflectance confocal microscopic features of children scabies. *Skin Res Technol*. 2023;29(9):e13459. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37753693/>
14. Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(6):690-694. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28833468/>
15. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, et al. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82:533-48. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31310840/>
16. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther*. 2020; 33:e13746. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32484302/>
17. Nie YL, Yi H, Xie XY, Fu GL, Zheng YQ. Dermoscopic



1. features of children scabies. *Front Med (Lausanne)*. 2023; 10:1097999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36895725/>
2. Ueda T, Katsura Y, Sasaki A, Minagawa D, Amoh Y, Shirai K. Gray-edged line sign of scabies burrow. *J Dermatol*. 2021;48(2):190-198. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7894142/>
3. Santiago F, Januário G. Scabies: Review and focus on the portuguese reality. *J Port Soc Dermatol Venereol*. 2017; 75:129-37. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/767/0>
4. Bernigaud C, Fischer K, Chosidow O. The management of scabies in the 21st century: past, advances and potentials. *Acta Derm Venereol*. 2020; 100:adv00112. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32207535/>
5. Araújo T, Schachner L. Erupções vesicopustulosas benignas no neonato. *An. Bras. Dermatol*. 2006; 81(4):359-366. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/ygXrS5yDRfjMkbB/DYG3sJf/abov/24171301/>
6. Ferreira S, Machado S, Selores M. Infante acropustulosis. *J Paediatr Child Health*. 2020; 56(7):1165-1166. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725735/>
7. Vieira SS, Bernardo D, Machado S. Abordagem da escabiose em idade pediátrica: uma atualização. *Acta Med Port*. 2025; 38(3):175-181. Disponível em: <https://www.actamedica.pt/revista/index.php/amp/article/view/22450>
8. Thompson R, Westbury S, Slape D. Paediatrics: how to manage scabies. *Drugs Context*. 2021; 10:2020-12-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4911127/>
9. Yürekli A. A new sign with UV dermoscope in the diagnosis of scabies: Ball sign. *Skin Res Technol*. 2023; 29(5):e13336. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10316462/>
10. Goldust M, Rezaee E, Raghifar R, Hemayat S. Treatment of scabies: the topical ivermectin vs. permethrin 2.5% cream. *Ann Parasitol*. 2013;59(2):79-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24171301/>
11. Ranjesh MR, Naghili B, Goldust M, Rezaee E. The efficacy of permethrin 5% vs. oral ivermectin for the treatment of scabies. *Ann Parasitol*. 2013;59(4):189-194. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24791346/>
12. Buettcher M, Stebler AK, Theiler M, Kobylinski K, Pfister M. National survey in Switzerland calls for improved diagnosis and treatment in children with scabies. *Swiss Med Wkly*. 2023; 153:40129. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38579328/>
13. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31:1248-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639722/>
14. Bourkas AN, Pope E. Oral ivermectin treatment for an infant with crusted scabies. *CMAJ*. 2023;195(9):e334. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36878546/>