**ETIOPATOGENIA**

* A escabiose é uma doença causada pelo *Sarcoptes scabiei*, ácaro da familia *Sarcoptidae*, ordem *Acarina onde só* a fêmea e seus produtos produzem diretamente as lesões, são maiores que o macho, medindo aproximadamente 300 a 350 .

Sarcoptes scabiei

* O hospedeiro é infestado pelas fêmeas recém-fecundadas que penetram na epiderme, onde cavam túneis. Após completarem a maturidade sexual, iniciam a postura de modo intermitente, eliminando dois ou mais ovos por dia, durante um a dois meses, à medida que escavam.
* Os ovos são ovóides e medem cerca 180 x 190 . Originam ninfas hexápodas e, depois de alguns dias, transformam-se em ninfas octópodas, semelhantes aos adultos, mas sem órgão sexuais externos. Finalmente, após nova muda, surgem os machos adultos e, depois de uma segunda geração de ninfas octópodas, surgem as fêmeas adultas. Apesar de se acreditar que todo o ciclo (14 a 17 dias) se passa no interior das galerias, estudos recentes mostram que as formas jovens podem ficar sob as escamas, enquanto os machos se deslocam à procura das fêmeas .

  **EPIDEMIOLOGIA**

* O contágio, que se realiza quando as fêmeas fecundadas passam do indivíduo infestado ao são, é favorecido pelas relações sexuais, bem como pelo uso de roupas de cama ocupadas anteriormente por pessoas infetadas. É quase sempre noturno devido aos hábitos do parasita.
* A doença tem sido relatada em guerras sob a forma de epidemias nos acampamentos entre recrutas e reflete a falta de higiene e promiscuidade em que vivem grandes conglomerados humanos. No entanto, pode provocar epidemias em escolas, quartéis e comunidades fechadas.

**QUADRO CLÍNICO**

* O período de incubação varia de 5 a 15 dias.
* **PRURIDO :**

É o principal sintoma tem como características de ser muito intenso, com recrudescência noturna ou exclusivamente vespertina ou noturna. O prurido não se deve apenas ao efeito mecânico do parasita, mas depende também da resposta imune do hospedeiro.

* **LESÕES :**

São constituídas por escoriações mais ou menos generalizadas com pequenas vesículas pruriginosas, pústulas e "túneis " ou "galerias " na face lateral dos dedos e das mãos, tronco, axilas, nádegas e genitais. No adulto, o couro cabeludo e a face são poupados, mas nos lactantes, as lesões se apresentam sobre toda a superfície cutânea. No entanto, em indivíduos imunodeprimidos também a face e o couro cabeludo podem ser altamente infestados.

O "túnel "ou "galeria " que formam as lesões típicas são dificilmente perceptíveis a olho nu. Elas são linhas levemente elevadas acinzentadas, retas ou tortuosas na pele, medindo cerca de 2 a 3mm.

As lesões características ocorrem como pápulas pruriginosas na vulva, escroto ou pênis. E é bom lembrar que quando a doença permanece por um longo período de tempo, a eczematização, a liquenificação, o impetigo e a furunculose podem se fazer presentes.

* **FORMAS CLÍNICAS :**
	+ **SARNA INCÓGNITA**
		- é forma modificada pelo uso de corticosteróides tópicos, principalmente a hidrocortisona. Pode vir a simular ou superpor-se a várias doenças como - psoríase, micose fungóide, lúpus e pênfigo.
	+ **SARNA NODULAR**
		- os nódulos são vermelho-púrpura e pruriginosos, e ocorrem nas partes cobertas, mais frequentemente na genitália masculina, região inguinal e axilas. Deve ser diferenciada clinicamente do linfoma de Hodgkin das axilas, e da histiocitose.
	+ **SARNA CROSTOSA**
		- é uma forma rara e altamente contagiosa devido a grande quantidade de ácaros nas lesões exfoliativas. É uma dermatite psoriforme das mãos e dos pés com distrofia das unhas. O prurido é mínimo e ocorre mais em deficientes físicos, mentais e imunodeprimidos.
	+ **SARNA URTICARIFORME**
		- também é uma forma rara que cursa com urticária e vasculite, mais comum em membros inferiores, podendo ser generalizada, mascarando os achados da escabiose.
	+ **SARNA e AIDS**
		- a interação entre estas duas doenças faz com que as lesões causadas pelo "Sarcoptes scabiei" sejam mais disseminadas e resistentes ao tratamento antiparasitário, e se concentrem mais na região anogenital. São formas altamente contagiosas e o prurido é proporcional ao comprometimento da imunidade celular (hipersensibilidade retardada).

* **COMPLICAÇÕES**

As mais freqüentes são as infecções bacterianas secundárias, geralmente estreptocócicas e nefritogênicas .

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

* deve ser feito com todas as dermatoses que cursam com prurido, incluindo:
	+ **DERMATITE ATÓPICA;**
	+ **DERMATITE DE CONTATO;**
	+ **PRURIGO;**
	+ **URTICÁRIA PAPULAR;**
	+ **PIODERMA;**
	+ **OUTRAS AFECÇÕES CRÔNICAS**.

**Diagnóstico Laboratorial**

O diagnóstico pode ser confirmado pela demonstração microscópica do ácaro e seus produtos (ovos e fezes) em lâmina montada em glicerina, óleo mineral ou óleo de imersão (raspado da lesão). O sucesso depende da escolha da melhor lesão não-escoriada nas regiões interdigitais, punhos e cotovelos.

O diagnóstico também pode ser feito pelo teste de coloração dos túneis com observação de ácaros, ovos e fezes à microscopia óptica após biópsia superficial da lesão.

Em crianças pequenas e pacientes não-cooperativos, a melhor escolha é a curetagem dérmica com posterior observação microscópica em imersão.

