

contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada não é necessário iniciar o esquema profilático. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema profilático indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.

- 3- O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplicar o máximo possível, e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatómico diferente do que aplicou a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas a dose do soro a ser infiltrada pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico para que todas as lesões sejam infiltradas.
- 4- Nos casos em que se conhecer só tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico ou quando o mesmo não se encontra disponível no momento, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. **Após esse prazo o soro não é mais necessário.**
5. Nas agressões por morcegos deve-se indicar a soro-vacinação independentemente da gravidade da lesão, ou indicar conduta de reexposição.

89. ESCABIOSE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Dermatite causada pela infestação pelo *Sarcoptes scabiei*.

Causa frequente de epidemias em escolas, quartéis, asilos, casa de detenção e outras comunidades fechadas.

O tratamento deve ser estendido a toda a família e em contatos diretos do paciente.

As medidas preventivas são muito importantes. Instituir precaução de contato (luvas e capotes).

O período de incubação é de 5 a 15 dias.

A forma crostosa é altamente infectante e ocorre em imunodeprimidos.

A forma nodular é altamente pruriginosa podendo ocorrer na região inguinal, genitália masculina e axilas.

A infecção secundária é a principal complicação.

b. QUADRO CLÍNICO

O principal sintoma é o prurido intenso especialmente à noite.

As lesões são escoriações com pequenas vesículas pruriginosas, pústulas ou túneis na face lateral dos dedos e das mãos, cotovelos ou ao redor das axilas.

Poupa geralmente a cabeça e o pescoço.

Podem aparecer pápulas pruriginosas no tórax, abdome, vulva, escroto ou pênis.

Deve ser diferenciada da dermatite atópica, dermatite de contato e urticária papular.

c. CONDUTA

Tratar todos os contatos domiciliares e sexuais.

Desinfestar lençóis e roupas, lavando-os e esaldando-os a 55° C.

O benzoato de benzila pode ser aplicado por 3 noites consecutivas, trocando a roupa de cama e a de dormir diariamente.

Avaliar a necessidade de antibioticoterapia nas lesões infectadas.

Prescrever anti-histamínicos para o prurido.

Considerar a ivermectina oral 200 µg/kg VO uma vez ao dia e depois repetir a dose em 14 dias, na sarna crostosa, exceto em gestantes, crianças com menos de 5 anos, mulheres amamentando e pacientes com doenças neurológicas.

90. MIÍASE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Zoodermatose caracterizada pela invasão por larvas de moscas de várias espécies na pele, mucosas e/ou de orifícios naturais.

As larvas de mosca podem alimentar-se de tecido humano vivo ou necrosado (dependendo do tipo de mosca).

São classificadas em primárias e secundárias.

Miíase primária ou furunculóide (berne) a larva da mosca *Dermatobia hominis*, alimenta-se de tecido vivo.

Miíase secundária (bicheira) a larva da mosca varejeira invade tecidos necrosados da pele ou da mucosa para alimentar-se.

b. QUADRO CLÍNICO

BERNE

Na miíase furunculóide (berne) ocorre uma ou mais lesões nodulares com 1 a 3 cm que apresenta um orifício central de onde flui secreção serosa. Parece um furúnculo com menos reação inflamatória.