

## VACINA ANTI-PRURIGO ESTRÓFULO (ALERGIA A PICADA DE INSETOS SUGADORES)

O prurigo estrófulo produz uma sensação muito desagradável sobre a pele, pois estimula o ato de coçar com o propósito de eliminar a coceira. Dependendo da intensidade, gera desconforto, irritação e nervosismo e causa o aparecimento de piodermites que podem ser responsáveis pela febre reumática, pela glomerulonefrite, por pneumonias e, nas meninas por infecções urinárias. As piodermites são muito contagiosas.

Como o estrófulo tem maior incidência entre as crianças, as portadoras em idade escolar têm **menor** desempenho nos estudos.

Em nosso país, a maior incidência do estrófulo ocorre durante os períodos quentes do ano, quando há maior incidência de insetos. No Brasil, como país continental, o estrófulo pode manifestar-se durante o ano inteiro e às vezes pode assumir características estacionais ou aparecer no período de férias (praia ou campo).

A picada de insetos nas pessoas sensíveis provoca o aparecimento do estrófulo. As lesões cutâneas mais frequentes são do tipo pápula, vesícula (seropápula de Tomasoli) ou pápula crostosa extremamente pruriginosas que levam às escoriações, as eczematizações e às infecções secundárias.

Os locais mais afetados no corpo são os braços, pernas, nádegas, abdome (região da cintura) e dorso. A face raramente é afetada. Quando afeta as plantas dos pés e palmas das mãos, as lesões são bolhosas. **Importante:** as lesões do estrófulo não são encontradas nas axilas.

**ETIOLOGIA:** os insetos sugadores [borrachudo (pium), carrapato, aedes, pernilongo (mosquito) e pulga] são responsáveis pelo estrófulo. 1/3 das lesões dermatológicas nas crianças podem ser provocadas por estes insetos.

**INCIDÊNCIA:** é muito comum nas crianças e raras nos adultos. Contudo, pode ser observada em estrangeiros que fixam residência no Brasil, principalmente europeus e norte-americanos.

**EVOLUÇÃO:** A evolução natural do estrófulo pode iniciar-se no primeiro ano de vida e chegar até a adolescência. Nas crianças submetidas a imunoterapia específica, após 3 meses de tratamento começa a reduzir-se o tamanho das lesões e o aparecimento de novas lesões. Em 6 meses, as crianças praticamente estão isentas da alergia, na maioria dos casos, porém para erradicação da alergia o tratamento deve ser mantido por 18-24 meses.

**DIAGNÓSTICO:** é feito principalmente pela história clínica e pelo exame das lesões dermatológicas. Os testes de leitura imediata geralmente são negativos na maioria dos pacientes portadores dessa alergia. Deve-se lembrar que o estrófulo é uma reação do tipo tardia, o que torna o diagnóstico essencialmente clínico.

**MITO:** o estrófulo foi confundido, durante muito tempo com uma erupção provocada pelo aparecimento dos dentes da criança, com verminose ou com alergia alimentar (em particular o chocolate). Hoje sabemos que a picada dos insetos sugadores é responsável por esta alergia de hipersensibilidade tardia.

### TRATAMENTO

**PROFILÁTICO:** preconiza-se a eliminação de águas paradas, o uso de inseticidas e repelentes (caso não coexista alergia respiratória), o uso de telas e mosquiteiros, recomenda-se evitar o uso de perfumes e roupas coloridas, principalmente as fluorescentes. Mas devemos reconhecer que estes procedimentos são muito trabalhosos e não apresentam resultados práticos.

**SINTOMÁTICO:** os medicamentos de escolha são corticosteróides tópicos ou sistêmicos e, no caso de infecção secundária, antibióticos.

**IMUNOTERAPIA:** este procedimento modifica o curso natural da alergia, reduzindo e eliminando o aparecimento das lesões. A imunoterapia pode ser feita por meio de vacinas sublinguais (orais) e subcutâneas. A duração do tratamento varia de 18-24 meses, ou a critério médico, dependendo da evolução clínica.

### VACINA INSETDEPOT

TIPO	FRA	FRB	MEA	MEB	FOA	FOB	M1	M2
PNU/mL	200	300	400	500	800	1000	2000	2000
Intervalo - dias	7/7	7/7	10/10	12/12	15/15	20/20	25/25	30/30