

Erupção em Banhistas Após Exposição ao Mar: Relato de Caso

Gabriela de Araújo Padovan ^{1,*}, Heloisa da Rocha Picado Copesco ¹

¹ Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

* Correspondência: gabrielapadovan2@gmail.com.

Resumo: A erupção dos banhistas é uma dermatite pruriginosa aguda associada à exposição a cnidários durante o banho de mar, particularmente à água-viva *Linuche unguiculata*. Embora essa condição seja frequentemente relatada em regiões costeiras tropicais e subtropicais, as informações disponíveis ainda são limitadas. Este relato descreve a apresentação clínica da erupção dos banhistas em uma mulher de 21 anos após banho de mar no litoral norte do estado de São Paulo, Brasil. Pouco após sair da água, a paciente desenvolveu uma lesão papular intensamente pruriginosa no membro superior direito, seguida pelo aparecimento de lesões adicionais no punho esquerdo, dorso da mão direita, cotovelo direito e fossa poplíteia direita. Nos cinco dias subsequentes, as pápulas evoluíram para máculas eritematosas, acompanhadas de redução progressiva do prurido. A paciente também relatou calafrios no primeiro dia. O diagnóstico foi considerado compatível com erupção dos banhistas com base na relação temporal com a exposição marinha, na apresentação clínica característica e na resposta favorável ao tratamento sintomático. O manejo incluiu dexametasona tópica e desloratadina por via oral, proporcionando alívio temporário dos sintomas. As lesões regrediram espontaneamente em aproximadamente uma semana, sem complicações. Este caso destaca a importância do reconhecimento da erupção dos banhistas em regiões costeiras, permitindo manejo sintomático adequado e evitando procedimentos diagnósticos ou tratamentos desnecessários.

Palavras-chave: Dermatite; Cnidaria; Doenças da Pele; Erupção dos Banhistas; *Linuche unguiculata*.

Citação: Padovan GA, Copesco HRP. Erupção em Banhistas Após Exposição ao Mar: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr221.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr221>

Recebido: 16 Julho 2026

Aceito: 15 Agosto 2026

Publicado: 19 Agosto 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A erupção dos banhistas é uma dermatite pruriginosa aguda que se desenvolve durante ou logo após o banho de mar, resultando do contato direto da pele com cnidários, particularmente com a água-viva conhecida como *Linuche unguiculata* [1–3]. Essa pequena água-viva, popularmente chamada de “piolho-do-mar”, é frequentemente encontrada nas águas marinhas do Golfo do México, Flórida, Cuba, Caribe, Bahamas e ao longo da costa brasileira, com casos relatados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país [1–3]. No Brasil, a erupção dos banhistas já foi documentada nessas três regiões, incluindo ocorrências no litoral do estado de São Paulo, indicando que o presente caso ocorreu em uma área onde a exposição a cnidários associados a essa dermatite já havia sido previamente relatada [3–7].

Os casos são mais frequentemente registrados durante a primavera e o verão, possivelmente porque temperaturas mais elevadas da água favorecem o desenvolvimento e a proliferação dos cnidários responsáveis pela doença [3–7]. Embora a associação característica com o banho de mar e a distribuição das lesões em áreas cobertas por trajes de banho possam auxiliar no reconhecimento clínico, a erupção dos banhistas pode ser subdiagnosticada e confundida com outras dermatoses pruriginosas, incluindo dermatite de contato, picadas de artrópodes, foliculite, dermatite cercariana e outras reações relacionadas à exposição marinha.

Publicações brasileiras anteriores já demonstraram a ocorrência e a relevância epidemiológica da erupção dos banhistas em diferentes regiões costeiras do país [3–7]. Dessa

forma, o valor científico e educacional do presente relato não reside principalmente em sua localização geográfica, mas na documentação detalhada da progressão temporal das lesões, no raciocínio clínico utilizado para estabelecer o diagnóstico e na discussão dos diagnósticos diferenciais relevantes. Tais descrições podem auxiliar médicos pouco familiarizados com dermatoses associadas a cnidários, especialmente durante a avaliação de pacientes após viagens para áreas litorâneas.

Este relato descreve a apresentação clínica, a abordagem diagnóstica, o manejo terapêutico e a evolução clínica de um caso de erupção dos banhistas possivelmente causada por *Linuche unguiculata* após banho de mar no litoral norte do estado de São Paulo, Brasil. Ao documentar a progressão das lesões e as características clínicas que sustentaram o diagnóstico, este caso busca reforçar a importância do reconhecimento dessa condição e sua distinção de outros distúrbios dermatológicos associados à exposição marinha..

2. Relato de Caso

Uma mulher de 21 anos, sem comorbidades, apresentou resposta inflamatória cutânea caracterizada por máculas eritematosas associadas a prurido nas regiões do punho esquerdo, dorso da mão direita, cotovelo direito e fossa poplíteia direita, com evolução de cinco dias. A paciente relatou que as lesões surgiram inicialmente como pápulas intensamente pruriginosas (Figura 1) e posteriormente evoluíram para máculas com redução do prurido (Figura 2). Segundo seu relato, as lesões tiveram início em janeiro, após banho de mar no litoral norte do estado de São Paulo (Brasil), especificamente no município de São Sebastião, período em que os casos de erupção dos banhistas são mais frequentemente relatados no Brasil [3–7]. A paciente informou que, imediatamente após sair do mar, observou a primeira lesão na região anterior do antebraço direito. Na mesma noite, a lesão apresentou piora, acompanhada de prurido intenso e calafrios.

Figura 1. Erupção dos banhistas em estágio inicial, evidenciando lesões papulares pruriginosas na região anterior do antebraço direito pouco após a exposição marinha.



Inicialmente, a paciente adotou diversas medidas por conta própria, incluindo o uso de corticosteroides tópicos, anti-histamínicos orais, aplicação de vinagre, loção hidratante e banhos mornos frequentes na tentativa de aliviar o prurido. Segundo seu relato, essas

intervenções proporcionaram alívio parcial e temporário dos sintomas. Durante a avaliação médica, foi orientado o uso de corticosteroide tópico (dexametasona 1 mg) e anti-histamínico oral (desloratadina 5 mg), resultando em melhora progressiva do prurido e das lesões cutâneas. A paciente também relatou alívio subjetivo adicional do prurido após a aplicação de vinagre. Entretanto, essa foi uma medida adotada empiricamente por iniciativa própria. As lesões evoluíram para resolução completa, sem deixar sequelas.

Figura 2. Evolução tardia da erupção dos banhistas, demonstrando lesões maculares eritematosas residuais com redução da inflamação e do prurido no punho direito e na região proximal do membro inferior direito, próxima à fossa poplíteia.



O diagnóstico clínico de erupção dos banhistas foi estabelecido com base nos sintomas apresentados, na história epidemiológica e na evolução clínica observada. Considerando a ocorrência já conhecida dessa condição no litoral brasileiro e o contexto epidemiológico do caso, a exposição a nematocistos de *Linuche unguiculata* foi considerada a etiologia mais provável.

3. Discussão e Conclusão

Este relato descreve um caso compatível com erupção dos banhistas, provavelmente causada por *Linuche unguiculata*. As larvas planulares de *L. unguiculata* medem aproximadamente 0,5 mm, sendo pequenas o suficiente para não serem identificadas a olho nu e para se alojarem na malha das roupas de banho. Quando penetram nas áreas cobertas pelo traje de banho, essas larvas ficam retidas no tecido e liberam os nematocistos dos cnidócitos, células urticantes de defesa, especialmente quando o banhista sai do mar, uma vez que o traje atua como um filtro que drena a água e mantém as planulas em contato com a pele. Em menor intensidade, a liberação dos nematocistos também pode ser desencadeada pelo contato com água doce após o banho de mar ou pela pressão exercida por pranchas de surfe [3–5,8,9].

As manifestações clínicas decorrentes da liberação dos nematocistos são típicas, caracterizando-se por uma erupção papuloeritematosa e pruriginosa, semelhante a picadas de insetos, que surge durante ou logo após o banho de mar, com aumento progressivo da intensidade do prurido, especialmente nas áreas cobertas por roupas de banho, como nádegas, região genital, tórax e pregas dos membros superiores e inferiores.

Embora a erupção dos banhistas geralmente permaneça limitada à pele, sintomas sistêmicos como febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia podem ocorrer em decorrência da resposta inflamatória desencadeada pelas toxinas dos nematocistos, sendo essas manifestações relatadas com maior frequência em crianças [10,11]. No presente caso, a paciente relatou calafrios logo após a exposição, representando uma manifestação sistêmica leve que evoluiu sem complicações.

O diagnóstico da erupção dos banhistas é essencialmente clínico e epidemiológico, não sendo necessária a realização de biópsia. Além disso, os achados histopatológicos dessa dermatite não estão bem estabelecidos, sendo mais relevante o reconhecimento clínico das lesões e a avaliação da história de exposição do paciente [2]. O diagnóstico diferencial inclui dermatite cercariana (coceira do nadador), picadas de artrópodes, dermatite alérgica de contato, urticária papular e escabiose. A dermatite cercariana geralmente ocorre após exposição à água doce e afeta predominantemente áreas descobertas da pele, enquanto a erupção dos banhistas está associada à exposição à água do mar e acomete principalmente regiões cobertas pelo traje de banho [2,5]. Picadas de artrópodes e urticária papular costumam apresentar distribuição em áreas expostas do corpo e não possuem relação com o banho de mar [1,5].

A dermatite alérgica de contato pode manifestar-se por lesões eritematosas pruriginosas, mas geralmente está associada à exposição a um alérgeno específico e não apresenta a distribuição característica relacionada às roupas de banho [2,4]. Já a escabiose caracteriza-se por prurido noturno, presença de túneis escabióticos e acometimento de áreas típicas, como espaços interdigitais e punhos, frequentemente envolvendo contatos próximos [4,5,13]. No presente caso, a história de exposição recente ao mar, a distribuição das lesões e a apresentação clínica sustentaram o diagnóstico de erupção dos banhistas [13]. Embora os achados dermatoscópicos da doença sejam geralmente inespecíficos, a dermatoscopia pode auxiliar na exclusão de infestações como a escabiose e de outras dermatoses incluídas no diagnóstico diferencial. Assim, a combinação entre história epidemiológica compatível, distribuição característica das lesões e exame clínico permanece como a base do diagnóstico [4,5].

Além de sua relevância clínica, a erupção dos banhistas possui importantes implicações epidemiológicas. As mudanças climáticas, as alterações ambientais e o aumento do turismo costeiro podem contribuir para modificações na distribuição dos cnidários associados a essa dermatite e aumentar a exposição humana [2]. A literatura atual demonstra associação entre a presença dessa espécie e surtos de erupção dos banhistas, evidenciando a estreita relação entre ecologia marinha, condições ambientais e ocorrência da doença [4–6,8]. O reconhecimento adequado da doença pode contribuir para a vigilância em saúde pública e reduzir o subdiagnóstico em regiões costeiras, especialmente em municípios litorâneos com intenso fluxo turístico, como São Sebastião [2,5].

Após o contato com cnidários, a limpeza do local com água corrente pode auxiliar na remoção das larvas; entretanto, essa medida também pode estimular a liberação de toxinas, agravando as lesões e intensificando o prurido. Segundo o uso popular, a aplicação tópica de álcool ou vinagre pode contribuir para o alívio dos sintomas locais após a exposição [10,12]. Estudos experimentais demonstraram que o vinagre pode inativar irreversivelmente os nematocistos de *L. unguiculata*, impedindo novas descargas de toxinas. Contudo, ele não neutraliza toxinas já liberadas, e as evidências clínicas que sustentam sua eficácia terapêutica permanecem limitadas [5]. Portanto, sua recomendação baseia-se principalmente em achados experimentais e observacionais, e não em estudos clínicos robustos.

O suporte terapêutico mais consistente para o manejo sintomático é fornecido pelo uso de corticosteroides tópicos e anti-histamínicos sistêmicos, os quais têm sido associados à redução do prurido e da inflamação em estudos observacionais e séries de casos [5,10,11]. Trata-se de uma condição que geralmente responde bem a esse tratamento e apresenta resolução espontânea em uma a duas semanas, período durante o qual as lesões

evoluem de pápulas para máculas, acompanhadas de importante redução do prurido, o que faz com que relativamente poucos pacientes procurem atendimento médico [5,10].

O corticosteroide tópico mais frequentemente prescrito para essa dermatite é a hidrocortisona, enquanto os anti-histamínicos sistêmicos mais utilizados incluem loratadina, fexofenadina, dexclorfeniramina e hidroxizina [11]. Em alguns casos, a doença pode evoluir com prurido crônico e urticária, situação em que doses mais elevadas de anti-histamínicos H1 não sedativos costumam ser preferidas em relação aos anti-histamínicos de primeira geração, sempre que possível [2].

A erupção dos banhistas, provavelmente associada à *Linuche unguiculata*, pode causar grande desconforto ao banhista devido ao intenso prurido e ao surgimento de pápulas eritematosas em diferentes regiões do corpo. No caso aqui descrito, a paciente apresentou resolução espontânea do quadro, sem lesões permanentes ou repercussões adversas à saúde. Essa evolução está em concordância com o que tem sido descrito na literatura para casos de erupção dos banhistas.

O manejo adotado neste caso foi consistente com as evidências disponíveis, nas quais corticosteroides tópicos e anti-histamínicos orais são amplamente utilizados para o alívio sintomático. Embora a erupção dos banhistas seja geralmente uma condição autolimitada, seu reconhecimento precoce é importante para evitar diagnósticos equivocados, tratamentos desnecessários e investigações inadequadas. O aumento da conscientização entre médicos de emergência, dermatologistas, profissionais da atenção primária e profissionais de saúde pública que atuam em regiões costeiras pode favorecer o diagnóstico oportuno, o adequado aconselhamento dos pacientes e o melhor reconhecimento dessa condição potencialmente subnotificada.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito da paciente para a publicação deste relato de caso e das imagens correspondentes, e o estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Taylor KS, Zoltan TB, Achar SA. Medical illnesses and injuries encountered during surfing. *Curr Sports Med Rep*. 2006;5(5):262-267. doi:10.1097/01.CSMR.0000306426.16414.52.
2. Dinulos JE, Dinulos JG. Present and future: Infectious tropical travel rashes and the impact of climate change. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023;130(4):452-462. doi:10.1016/j.anai.2022.12.025.
3. Eyer-Silva WA, Pitombo FB, Silva GAR. Seabather's eruption in Ipanema Beach, Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2018;51:119. doi:10.1590/0037-8682-0047-2017.
4. Haddad Junior V, Cardoso JLC, Silveira FL. Seabather's eruption: report of five cases in southeast region of Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001;43(3):171-172. doi:10.1590/S0036-46652001000300011.
5. Rossetto AL, Dellatorre G, Silveira FL, Haddad Junior V. Seabather's eruption: a clinical and epidemiological study of 38 cases in Santa Catarina State, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2009;51(3):169-175. doi:10.1590/S0036-46652009000300008.
6. Rossetto AL, de Macedo Mora J, Correa PR, Resgalla JC, de Oliveira Proença LA, da Silveira FL, et al. Seabather's eruption: report of six cases in southern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(1):78-81. doi:10.1590/S0037-86822007000100017.
7. Rossetto AL, Proença LAO. Seabather's eruption: report of a case in northeast region of Brazil. *An Bras Dermatol*. 2012;87(3):472-474. doi:10.1590/S0365-05962012000300020.
8. Black NA, Szmant AM, Tomchik RS. Planulae of the scyphomedusa *Linuche unguiculata* as a possible cause of seabather's eruption. *Bull Mar Sci*. 1994;54(3):955-960.
9. Haddad Junior V. Animais aquáticos potencialmente perigosos do Brasil: guia médico e biológico. São Paulo: Roca; 2008. 268 p.
10. Segura-Puertas L, Ramos ME, Aramburo C, de la Cotera EPH, Burnett JW. One *Linuche* mystery solved: all 3 stages of the coronate scyphomedusa *Linuche unguiculata* cause seabather's eruption. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(4):624-628. doi:10.1067/mjd.2001.112345.

11. Wong DE, Meinking TL, Rosen LB, Taplin D, Hogan DJ, Burnett JW. Seabather's eruption: clinical, histologic, and immunologic features. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(3):399-406. doi:10.1016/S0190-9622(94)70046-X.
12. Segura-Puertas L, Lutz LL, Heimer-de la Coteria E, Burnett JW. Eruption caused by a deep-sea cnidarian. *Contact Dermatitis.* 2000;42(5):280-281.
13. Rossetto AL, Cruz CCB, Pereira ICC, Nunes JA, Martins MM, Nicolacópulos T, Haddad Junior V. Diagnostic confusion between seabather's eruption as well as dermatophytosis and parasitic infestations. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53:e20190462. doi:10.1590/0037-8682-0462-2019.