

Escabiosis

V. García-Patos Briones

Concepto

La escabiosis o sarna es una infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Se trata de una ectoparasitosis relativamente frecuente que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites (sábanas, toallas y ropas). En algunos casos se puede adquirir por contacto con animales infestados, sobre todo perros (*S. scabiei* var. *canis*).

El periodo de incubación de la sarna es de 1 a 3 semanas. Las hembras del parásito son capaces de poner entre 10 y 40 huevos que maduran en 1 semana. Los ácaros alcanzan el estadio adulto en 3 semanas y son capaces de reiniciar el ciclo.

Clínica

El síntoma fundamental es el prurito de predominio nocturno que suele afectar a varios miembros de una familia o comunidad cerrada. Inicialmente es localizado y en pocos días se generaliza (Fig. 1). Probablemente se debe a una sensibilización a antígenos del ácaro. En lactantes menores de 2 ó 3 meses, el prurito puede estar ausente.

Las lesiones patognomónicas son el surco y la pápula acarina (Fig. 2). El primero consiste en una elevación lineal de la piel de pocos milímetros de longitud que corresponde al túnel subcórneo excavado por la hembra del ácaro, capaz de desplazarse unos 5 mm cada día. Al final del mismo existe una pápula o vesícula de 2-3 mm de diámetro, donde está el parásito. En niños pequeños es frecuente observar pápulas, pústulas y vesículas (Fig. 3). A veces también existen pequeños nódulos eritematosos, infiltrados al tacto, preferentemente en el



Figura 1. La presencia de prurito generalizado de predominio nocturno en varios miembros de una familia debe sugerir como primer diagnóstico la escabiosis. Este síntoma puede estar ausente en lactantes pequeños.

pene y en el escroto, e incluso ampollas. Las lesiones están enmascaradas por excoriaciones en muchos casos.

Las zonas afectadas son los espacios interdigitales de las manos, la superficie de flexión de las muñecas (Fig. 4), los glúteos, la zona genital y la areola mamaria. A diferencia de



Figura 2. Surco lineal y pápula acarina en la eminencia hipotenar, patognomónicos de escabiosis.

los adultos, en los niños pequeños las lesiones predominan en el cuero cabelludo, en el cuello, en la cara, en los pliegues, en las palmas (Fig. 5) y en las plantas.

La presencia de lesiones exudativas y costrosas es debida a la impetiginización por *Staphylococcus aureus* y, con menor frecuencia, por *Streptococcus pyogenes*. En pacientes inmunodeprimidos, especialmente afectados de SIDA, o tratados con corticoides tópicos o sistémicos de forma prolongada es posible



Figura 3. Pápulas, pseudovesículas y nódulos típicos de la sarna infantil.



Figura 4. Costras, pápulas, pústulas y surcos en la superficie flexora de las muñecas.



Figura 5. Erupción vesiculo-pustulosa palmar en un neonato afecto de sarna.

observar infestaciones masivas que provocan lesiones hiperqueratósicas en manos y pies (sarna noruega o costrosa), acompañadas de adenopatías, eosinofilia y escaso prurito. Si bien lo habitual es que existan entre 10 y 20 hembras adultas en un paciente infestado, en

la sarna noruega pueden existir miles, siendo extremadamente contagiosa.

Diagnóstico

Suele ser suficiente con la clínica: erupción generalizada muy pruriginosa, sobre todo al

acostarse, que afecta a varios miembros de una familia o comunidad cerrada. Los surcos acarinos pueden hacerse más evidentes depositando una gotita de tinta en un extremo.

El diagnóstico de certeza se basa en la visualización del ácaro, de sus heces (escíbalos) y/o de los huevos. Para ello se debe depositar una gota de aceite en la piel, rascar la pápula acarina con un bisturí del número 15 y realizar una extensión en un portaobjetos (prueba de Müller). Al examen microscópico, *Sarcoptes scabiei* tiene una forma hemiesférica y 4 pares de patas (Fig. 6). También es posible intuir la presencia del parásito *in situ* mediante microscopía de epilumiscencia utilizando un dermatoscopio.

La biopsia cutánea de las pápulas acarinadas puede poner de manifiesto la presencia del túnel subcórneo con el parásito en su interior, así como una dermatitis espongiótica con abundantes eosinófilos.



Figura 6. El diagnóstico de certeza se obtiene visualizando el ácaro, sus heces o los huevos.

Diagnóstico diferencial

Se plantea principalmente con otras erupciones pruriginosas, tales como el eccema atópico, la sudamina y las toxicodermias. Una causa infrecuente de prurito epidémico familiar es la dermatitis por fibra de vidrio, generalmente relacionada con la impregnación de la ropa al lavarla conjuntamente con otros tejidos elaborados o contaminados con este material irritante (cortinas, uniformes de trabajo, etc.). Las lesiones vesículo-pustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis

estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitosis de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápulo-nodulares eritemato-parduzcas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa). La sarna noruega puede simular una psoriasis.

Tratamiento

El tratamiento de la sarna lo realizarán el niño afectado, las personas que conviven en su misma casa y sus contacto íntimos («piel con piel»), a pesar de estar asintomáticos. Para evitar epidemias intrahospitalarias, debe evitarse ingresar al paciente. Se aplicará una capa fina de escabicida en toda la superficie cutánea, desde el cuello hasta las palmas y plantas, con especial énfasis en los espacios interdigitales, muñecas, codos, axilas, mamas, glúteos, zona periumbilical y genitales. En los niños menores de 2 años y en inmunodeprimidos también se incluirá el cuero cabelludo. Los ácaros pueden esconderse bajo las uñas, especialmente en la sarna noruega, por lo cual deben recortarse bien y tratarse exhaustivamente.

Las principales opciones para el tratamiento de la sarna infantil son la permetrina, sólo o asociada a butóxido de piperonilo, el lindane, el azufre y el crotamitón.

La permetrina es el último de los escabicidas comercializados, con gran eficacia y seguridad. Es un piretroide sintético que actúa sobre las membranas de las células nerviosas, retrasando la polarización y provocando la parálisis y la muerte del parásito. La absorción sistémica es lenta e inferior al 2% de la dosis aplicada sobre la piel, siendo el estrato córneo la principal barrera limitante. Las esterases cutáneas la inactivan con rapidez y se excreta de forma casi completa por la orina, el sudor y el sebo en pocas horas. Cuando se usa correctamente, la probabilidad de efectos tóxicos sistémicos es, como mínimo, entre 40 y 400 veces menor que tras la utilización de una loción de lindane al 1%. Su tolerancia local es excelente, aunque hasta un 3% de pacientes refieren prurito y/o quemazón a los pocos minutos de su empleo. La permetrina es especialmente útil en niños mayores de 2 meses y en casos de sarna resistentes al lindane, aunque resulta más

cara que éste. A pesar de que no está aprobada, su utilización en neonatos y embarazadas también parece segura. Una aplicación de crema de permetrina al 5% durante 8 ó 12 horas tiene una eficacia próxima al 90%, similar al lindane y superior al crotamitón.

Existe un preparado comercializado en forma de crema que combina permetrina al 1.5% y butóxido de piperonilo, que actúa sinérgicamente por inhibición de las enzimas que hidrolizan las piretrinas. Aplicado durante 8-12 horas en tres días seguidos también es un buen escabicida.

El lindane (hexacloruro de gammabenceno), en forma de cremas o lociones al 1%, continúa siendo una alternativa terapéutica válida para la sarna, a pesar de su posible toxicidad y de la aparición de resistencias. El preparado permanecerá en contacto con la piel durante 6 ó 12 horas y después se lavará. Se absorbe aproximadamente un 10% de la dosis aplicada tópicamente. De forma infrecuente se han descrito alteraciones neurológicas (convulsiones), focomiela y anemia aplásica, que en la mayoría de casos se deben a su empleo inadecuado (aplicaciones repetidas e innecesarias, baños calientes antes del tratamiento, ingesta accidental, erosiones y úlceras extensas, etc). Se recomienda evitarlo en niños menores de 10 años, en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y si existen alteraciones de la barrera cutánea (por ejemplo, eritrodermias o ictiosis) o trastornos neurológicos. El azufre ha sido durante más de un siglo un escabicida eficaz y barato, que se sigue empleado en muchas zonas del mundo. Se utiliza azufre precipitado al 6-10% en una base lavable (pasta al agua) o en vaselina, aplicado durante 3 noches consecutivas, realizando un lavado a las 24 horas de la última aplicación. Algunos pacientes se quejan de su mal olor o de irritación cutánea, mancha la ropa y, a pesar de que suele ser el tratamiento escogido para niños menores de 2 meses y en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, excepcionalmente también puede producir efectos tóxicos e incluso muertes en lactantes.

Al cabo de 24 horas de realizar el tratamiento siguiendo cualquiera de las pautas anteriores (permetrina, lindane o azufre) el riesgo de contagio es mínimo. En todos los casos se recomienda realizar una segunda aplicación al cabo de una semana y controles clínicos a las 2 y 4 semanas.

Otras alternativas para la sarna infantil son el crotamitón, el malatión (solución acuosa al 0,5% aplicada durante 24 horas) y el benzoato de bencilo. La crema de crotamitón al 10% (1 ó 2 aplicaciones separadas por 24 horas y lavado a los 2 ó 3 días después del último tratamiento) es antipruriginosa y su eficacia es próxima al 60%. A pesar de que su toxicidad es poco conocida, algunos expertos lo recomiendan en niños pequeños y en las mujeres en periodo de lactancia. El benzoato de bencilo al 20-25% en un vehículo alcohólico o en emulsión, sólo



Figura 7. Los nódulos postescabiósicos son muy pruriginosos y con frecuencia afectan el escroto; una vez descartada la persistencia de la infestación, se tratan con corticoides tópicos.

o asociado con sulfiram al 25%, se aplicará durante 6 ó 12 horas en niños menores de 5 años y durante 2 días consecutivos a partir de esta edad. Sus principales inconvenientes son la neurotoxicidad (similar a la del lindane), su mal olor y la intensa irritación que provoca en las pieles sensibles y en las mucosas.

La ivermectina es un antihelmíntico eficaz y seguro frente a la oncocercosis, que ha demostrado ser un escabicida excelente administrado por vía oral en una dosis única de 200 µg/kg, incluso en pacientes con sarna noruega. En casos rebeldes, se puede administrar una segunda dosis al cabo de 2 semanas. No obstante, debemos recordar que a pesar de que se utiliza para el tratamiento de la sarna en animales, no debe administrarse en niños menores de 5 años y que la sarna humana no es una indicación aprobada. Está en estudio su aplicación tópica (loción al 0.8%), que parece resultar igualmente eficaz. El tiabendazol al 10% en suspensión, aplicado 2 veces al día durante 5 días, o por vía oral, a dosis de 25 mg/kg/día durante 10 días, también tiene cierta actividad escabicida.

Para la sarna noruega son útiles los mismos tratamientos que para la sarna clásica, aunque suelen ser necesarias varias aplicaciones, especialmente en las uñas y en las zonas muy hiperqueratósicas, y la asociación de queratolíticos (ácido salicílico 3-5% en vaselina). En algún caso especialmente recalcitrante se han

obtenido buenos resultados con metotrexato como tratamiento coadyuvante.

Después de completar cualquiera de los anteriores tratamientos, se recomienda cambiar la ropa utilizada y lavarla y/o secarla a temperatura superior a 60°. Cuando esto no es posible, resulta igualmente eficaz para evitar las reinfestaciones guardarla en una bolsa cerrada durante 9-10 días (el parásito es capaz de sobrevivir fuera de la piel más de 4 días). Si después del tratamiento el prurito no mejora puede ser debido a que persiste la infestación, a una respuesta de hipersensibilidad que cede lentamente (nódulos postescabiosicos [Fig. 7]) o a la irritación por los medicamentos, que resulta muy frecuente, sobre todo cuando se aplican repetidamente. Por ello, se debe remarcar que no es preciso realizar más tratamiento que el indicado, a pesar de que el prurito continúe durante 1 ó 2 semanas. Si el examen microscópico del raspado de las lesiones indica persistencia de la infestación, se realizará una nueva tanda de tratamiento. Para los nódulos postescabiosicos son útiles los corticoides tópicos o intralesionales, preparados con alquitrán (evitando la zona escrotal), antihistamínicos y/o corticoides orales durante 7-10 días. Para la dermatitis irritativa se administrarán emolientes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. Si existe sobreinfección de las lesiones cutáneas se pautarán antibióticos orales (amoxicilina más ácido clavulánico, cloxacilina o eritromicina).

Bibliografía

1. Arndt KA, Bowers KE, Chuttani AR. Manual of dermatologic therapeutics. Little, Brown and Company. Boston 1995, pgs. 120-127.
2. Brown S, Becher J, Brady W. Treatment of ectoparasitic infections: review of the english-language literature, 1982-1992. *Clin Infect Dis* 1995; 20 (suppl 1): S104-109.
3. Burns DA. The treatment of human ectoparasite infection. *Br J Dermatol* 1991; 125: 89-93.
4. Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med* 2006; 354: 1718-1727.
5. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000; 355: 819-826.
6. Heulebach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006; 367: 1767-1774.
7. Maddin S. Current dermatologic therapy. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1991, pgs. 149-151 y 178-180.
8. O'Donnell BF, O'Loughlin S, Powell FC. Management of crusted scabies. *Int J Dermatol* 1990; 29: 258-266.
9. Piñol Montserrat J. Pediculicidas. *Piel* 1990; 5: 351-361.