

Actualización: Escabiosis

Melina Verna* , Noelia Capelatto** y Pascual Barán[†]

Resumen

Se describen las principales características clínicas y diagnósticas de la escabiosis -prurito y polimorfismo de las lesiones-, ectoparasitosis que afecta a las personas de todas las edades, razas y estratos socioeconómicos; y que se transmite principalmente por contacto estrecho piel a piel. Se resalta la importancia de que, además de los pacientes, realicen tratamiento los contactos y convivientes; describiéndose en detalle la forma de administración, las contraindicaciones y los efectos adversos de los principales tratamientos disponibles, tanto locales como permetrina y azufre precipitado, como sistémicos y la evidencia que los respalda.

Verna, M, Capelatto N, Barán P. Tratamiento de la escabiosis. Evid. actual. páct. ambul. 9(3) :86-87. May-Jun. 2006.

Epidemiología

La escabiosis es producida por el *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*. Es una ectoparasitosis ampliamente distribuida en el mundo, que no reconoce raza, edad ni estrato socioeconómico. Variaciones cíclicas en su incidencia se relacionan con el grado de inmunidad individual, las condiciones de vida, la higiene, el hacinamiento y la promiscuidad sexual¹.

La prevalencia mundial se calcula en alrededor de 300 millones casos por año, pudiendo estar sobreestimada². Si bien en Argentina su prevalencia es desconocida, quienes ejercemos la práctica clínica suponemos que debe ser alta.

Modo de transmisión

Los ácaros de la escabiosis no pueden volar ni saltar, pero pueden avanzar a una velocidad 2,5cm por minutos en la piel caliente. Es un huésped específico del ser humano pero sobrevive entre 24 y 36 horas en un ambiente templado.

La forma predominante de transmisión es por contacto directo -piel con piel- siendo rara en la sarna clásica la transmisión mediante el uso compartido de ropa u otros métodos indirectos. Es común el contagio entre los miembros de una familia y en las instituciones cerradas², pudiendo también existir el contagio sexual³.

Presentación clínica

Lo más llamativo del cuadro clínico es el prurito, con frecuencia severo y más acentuado por las noches. Dura cuatro a seis semanas y muchas veces persiste más que el cuadro clínico.

Las lesiones son polimorfas y se caracterizan por una erupción de pápulas, vesículas, pústulas y surcos o galerías. Sin embargo, rara vez se encuentra en la práctica clínica este cuadro en forma pura, sino que se agregan lesiones secundarias como excoりaciones por el rascado, costras, eczematización e infecciones secundarias⁴.

Típicamente se localizan en los surcos interdigitales, muñecas, superficies extensoras de codos y rodillas, axilas, cintura y tobillo. En los hombres, el pene y el escroto están generalmente involucrados; como los pechos en las mujeres.

Los niños presentan ocasionalmente lesiones en la cara y el cuero cabelludo. Las vesículas son comunes en las palmas y plantas. La eczematización secundaria y la impetiginización son fenómenos frecuentes.

Exceptuando las excoりaciones o la sequedad de la piel, los ancianos suelen tener pocas lesiones cutáneas, pero sí un prurito intenso.

El descenso de la inmunidad asociado con la enfermedad avanzada puede permitir la presencia de múltiples ácaros, pudiendo eventualmente aparecer abundantes pápulas y nodulos⁵.

Diagnóstico

El diagnóstico de la escabiosis se basa principalmente en el interrogatorio y en el examen físico, haciendo especial hincapié en la

historia familiar y/o contacto con personas que presentan síntomas similares². Una presentación clínica compatible con sarna y/o una presentación sospechosa, en un paciente cuyos antecedentes epidemiológicos vuelven probable al diagnóstico de sarna, amerita la indicación de tratamiento específico sin que sea necesario contar con una confirmación parasitológica. La observación de los ácaros en el examen microscópico de una muestra de piel confirma el diagnóstico. Sin embargo, esta prueba es altamente específica* pero muy poco sensible*.

Sin embargo, si luego de un tratamiento adecuado, no mejoran los síntomas luego de dos semanas, el raspado de la piel se vuelve esencial para el diagnóstico⁶.

Tratamiento

Las personas infectadas y sus posibles contactos cercanos deben ser tratados al mismo tiempo, independientemente de presentar síntomas o no. Se puede indicar productos tópicos y fármacos por vía oral, aunque hay pocos estudios rigurosos para guiar su utilización².

Tratamiento tópico

Los tratamientos tópicos deben aplicarse en todo el cuerpo antes de acostarse comenzando desde el cuello y continuando hacia abajo. En los niños se recomienda incluir también al cuero cabelludo y en los lactantes, la cara.

Las uñas deben mantenerse cortas, aplicando medicación con un cepillo debajo de ellas.

A la mañana siguiente, luego de 8h a 12h de aplicación, debe retirarse el producto con un baño. Los tratamientos completos implican tres ciclos con intervalos de cinco días entre cada uno, ya que ninguna de las drogas es ovicida.

La **permetrina** es un derivado sintético de las piretrinas. Se utiliza al 5% y es la droga de elección para el tratamiento de niños y adultos de cualquier edad^{1,5}. De acuerdo a la información obtenida en una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane⁷, aparenta ser más efectiva que el lindano y que el crotamiton. Como efecto adverso puede producir irritación. Se comercializa en envases de 100mL de emulsión y/o loción o de 100g de crema⁷.

El **lindano** al 1% era el tratamiento de elección antes de la aparición de la permetrina, no siendo muy utilizado en la actualidad. No debe aplicarse luego del baño, ni en pacientes con dermatitis atópica, niños menores de dos años, madres embarazadas o durante el periodo de lactancia. Se han observado convulsiones en pacientes que se habían duchado recientemente y en pacientes con eccema extenso, existiendo también reportes de anemia aplásica en forma consecutiva a su uso³.

El **azufre** precipitado al 6% es una forma segura de tratamiento en menores de 18 meses dado que no presenta efectos adversos, excepto por el engrasamiento de la piel y de la ropa, el olor desagradable y su posible irritación en niños muy atópicos. Se aplica en todo el cuerpo con un algodón por tres días seguidos y luego se retira el producto con un baño.

Su prescripción en forma de preparado magistral se realiza del

* Médica Residente en Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires.

** Médica Residente en Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires.

[†] Médico Especialista en Pediatría y en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.

siguiente modo: "Azufre al 6% precipitado en petróleo CSP (cantidad suficiente para) 100mg".

Finalmente, respecto a otros tratamientos tópicos como el bencil benzoato y el crotamiton, la evidencia actual es insuficiente para respaldar su utilización⁷.

Tratamiento oral

La ivermectina es un agente antihelmíntico que ha mostrado ser seguro y efectivo en el tratamiento de la oncocercosis y la filariasis linfática. Su uso no se encuentra aprobado para la escabiosis en humanos, pero un estudio⁸ sugiere que la ivermectina en una única toma de 200ug es una terapia efectiva y segura para la escabiosis

no complicada. Sin embargo, se asocia a un aumento del riesgo de muerte en ancianos⁹.

Por ahora, sólo estaría indicado en la sarna costrosa y para aquellos pacientes en quienes el tratamiento local empeoraría una enfermedad subyacente, por ejemplo la psoriasis generalizada, el eccema atópico severo o la epidermolisis ampollosa.

Su uso también podría considerarse en pacientes con prótesis o yesos que cubran un gran porcentaje de la superficie corporal y en aquellas situaciones en las que el baño posterior sea dificultoso¹.

En Argentina se comercializa en comprimidos de 6mg.

La tabla 1 resume la información de los principales tratamientos disponibles.

Tabla 1: dosis y efectos adversos de los agentes que pueden utilizarse para el tratamiento de la escabiosis.

Droga	Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU. (FDA)		Dosis y forma de administración	Efectos adversos y contraindicaciones	Comentario
	Aprobación	Categoría respecto del embarazo			
Permetrina	Si	B	Crema al 5% durante 8 a 12h	Eritema	Primera línea en EEUU. Ha sido aprobado para niños de mayores de dos meses y en embarazadas.
Lindano	Si	B	Crema al 1% durante 8h	Convulsiones, espasmo muscular y anemia aplásica.	Segunda o tercera línea. No se usa en menores de 15kg o en el embarazo o lactancia. Existe en EEUU y en algunos sitios de Europa.
Azufre precipitado	No	Ninguno	Loción al 6% precipitado en petróleo	Grasitud y eritema.	Usualmente en menores de dos meses, en embarazadas y durante la lactancia.
Ivermectina	No	C	Único por vía oral en monodosis de 200ug/kg	No usar en embarazadas, durante la lactancia o en menores de 15kg	Una dosis para una persona de 60kg equivale a 12mg. Repetir a las dos semanas.
Bencil benzoato	No	Ninguno	Loción al 10-25%	Ardor, xerosis, prurito, eccema	Aprobado en Europa. No consumir alcohol por efecto simil disulfiram.
Aletrina (piretrinas)	No	B	Aerosol al 0,6% por 12h	No usar en pacientes con asma	Aprobado en Europa.
Crotamiton	Si	C	Crema al 10%. Se aplica durante 24h.	Ninguno	No muy efectivo.

Categoría de la FDA para el embarazo: B no hay evidencia de riesgo en humanos, C hay efectos tóxicos en estudios con animales pero los estudios en humanos son inadecuados. A la mañana siguiente debe retirarse el producto con un baño. Los tratamientos implican tres ciclos con intervalos de tres a cinco días entre cada uno.

Tratamiento coadyudante

Se utilizan antihistamínicos para calmar el prurito del comienzo y el persistente después del tratamiento. Si hubiera zonas de piel ecematizadas o nódulos escabióticos se indican cremas con corticoides de baja a mediana potencia para la piel inflamada y de mayor potencia para los nódulos.

Las zonas con sobreinfección bacteriana se tratan como una piodermitis con compresas de Agua de Alibour para su descostrado y con aplicación de cremas antibióticas (ácido fusídico o mupirocina) y antibióticos orales (cefalexina, eritromicina¹).

Si existen infecciones cutáneas hipodérmicas (estafilocócicas o estreptocócicas) primero debe realizarse tratamiento con antibióticos sistémicos y después tratar la sarna.

Control del medio ambiente

Se debe tratar simultáneamente a todos los contactos del paciente infestado aunque no convivan o no tengan prurito: padres, hijos,

hermanos, parejas, personas que colaboran con las tareas del hogar o el cuidado de los niños, aún sin cohabitar en la misma vivienda. La ropa de cama y la del paciente deben ser lavadas con agua caliente y posteriormente planchadas. Los artículos que no se puedan lavar deben ser puestos en bolsas plásticas durante cuatro días ya que el parásito muere si no está en contacto con el huésped humano¹⁰.

Seguimiento

Los pacientes deben ser informados que la erupción y el prurito pueden persistir hasta dos semanas luego de terminado el tratamiento. Los signos y síntomas que persisten por más de dos semanas pueden atribuirse básicamente a tres factores: falla del tratamiento, resistencia farmacológica o mala aplicación. Sin embargo, también es frecuente la reinfección por contactos familiares, por no haber cumplido con las medidas complementarias o, aún habiendo realizado un tratamiento eficaz, estar relacionados a una dermatitis alérgica³.

* ver glosario

Referencias

- Comités de la SAP. Pediculosis y escabiosis. Archivos argentinos de pediatría 2001; 99 Pág. 69-76.
- Chosidow O. Scabies. N Engl J Med 2006; 354:1718-27.
- Sexually transmitted diseases treatment guidelines- 2002 Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 2002 (Acceso 22 de mayo, 2006 en <http://www.cdc.gov/STD/treatment/8-2002TG.htm>)
- Criterios de Atención del Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan. 1997. Volumen 2 Pág. 158-159.
- Hafit. Infestations and Bites. Clinical Dermatology, 4th ed. Chapter 15. Pag 497-505.
- Fliders D, Schweinitz P. Pediculosis and Scabies. Am Fam Physician 2004;69 (2): 341-8.
- Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review)/In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
- Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdel FA. The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med 1995; 333: 26-30.
- Barkwell R, Shields S. Deaths associated with ivermectin treatment of scabies. Lancet 1997; 350:18-22.
- Pérez-Cotapos S., Sáenz Santa María. Avances en el tratamiento de la escabiosis. <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Dermatologia/Escabiosis/Default.html>

