

Impugnaciones EIR

Pregunta 221:

Bibliografía:

Título: Escabiosis
Autores: García-Patos Briones, V.
Editorial: Asociación Española de Pediatría
Año de edición: 2007
Páginas: 161y 163



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 (escibalos) 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 hemisférica y 4 pares de patas (Fig. 6). También es posible intuir la presencia del parásito *in situ* mediante microscopia 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 espongiforme 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 esteroides 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

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. Rñol Montserrat J. Pediculicidas. *Rel* 1990; 5: 351-361.