Escabiosis

Josep Mª Corretger Rauet

Concepto

Infestación cutánea intensamente pruriginosa y contagiosa, manifestada por un sarpullido con surcos, pápulas, vesículas y costras.

Etiología

La escabiosis (sarna) humana está causada por un ácaro, el *Sarcoptes scabiei* subesp. *hominis*.

Patogenia

Las hembras fertilizadas se introducen en la capa córnea cutánea y excavan túneles avanzando unos 2 mm diarios mientras depositan sus huevos, cuyas larvas van a transformarse en ácaros adultos reinfestantes. La hipersensibilidad a las proteínas del parásito provoca las lesiones eruptivas, que se sobreinfectan con el rascado.

Epidemiología y clínica

Se transmite habitualmente por contactos personales íntimos, piel a piel; con menor frecuencia, por medio de ropas de vestir y de cama. Predomina en jóvenes y en otoño-invierno. El síntoma guía es el intenso prurito, de predominio nocturno. Los signos específicos son los característicos surcos y las vesículas perladas. Se les superponen signos inespecíficos, ocasionados o favorecidos por el rascado incesante: pápulas miliares, erosiones, nódulos, excoriaciones con impetiginización y eccematización. En los niños mayores, como en los adultos, predominan en los pliegues interdigitales, superficies flexoras de las muñecas y extensoras de codos, axilas, cintura, áreas perineales, respetando cara y cuero cabelludo. Esto último no sucede en los niños menores de 2 años, en quienes suele presentarse una erupción vesicular en regiones palmoplantares, cabeza, cara y cuello.

Diagnóstico

Debe sospecharse ante una dermatosis muy pruriginosa, que interfiere el sueño del niño. La visualización de los surcos, de 5 a 20 mm de longitud, es diagnóstica; pero a menudo la dificultan las polimorfas lesiones superpuestas. Puede facilitarse mediante su tinción con una pequeña cantidad de tinta soluble en agua. En caso de duda, el examen microscópico del material obtenido por raspado de surcos intactos es confirmativo.

Diagnóstico diferencial

Sobre todo con las picaduras de insectos y la dermatitis atópica.

Tratamiento

1. *Escabicidas tópicos*. Son eficaces. Se aplican en capa fina sobre la superficie cutánea limpia y seca, cubriendo toda la piel,

no sólo las zonas de erupción, puesto que es imposible detectar con exactitud donde se encuentran los insectos; se respetará únicamente la cabeza en niños mayores y en adolescentes, no así en lactantes y párvulos. Transcurridas las horas que precisen para su acción, que se respetarán escrupulosamente, se retiran mediante un baño muy completo. Si a la semana hay signos de recidiva, se repetirá el tratamiento. Los productos utilizados son:

- Permetrina crema al 5%: se dejará actuar durante 8-12 horas previamente al baño. Es el escabicida electivo.
- Crotamitón, crema o loción al 10%: se aplica una vez al día, 2 días, aclarando a las 48 horas de la segunda aplicación. Si su acción fracasa, lo que no es infrecuente, pueden intentarse tratamientos de 5 días de duración
- Lindano 1%, loción: se mantendrá de 8 a 12 horas. Es el producto más tóxico: deberán observarse las contraindicaciones y precauciones que se exponen al comentar las pediculosis.

2. *Escabicidas orales*. Ivermectina, en dosis única de 200 µg/kg. Se presenta en cápsulas de 6 mg. Sus indicaciones se limitan a las formas graves o refractarias al tratamiento tópico, dada la escasa experiencia de su uso en niños.

3. *Otras medidas terapéuticas*.

- El prurito puede persistir varios días o semanas después de un tratamiento efectivo: se alivia con antihistamínicos orales y corticosteroides tópicos.
- El exantema vesiculopustuloso que en ocasiones aparece en manos y pies a las 2-3 semanas de la curación se trata con corticosteroides locales.
- Las sobreinfecciones bacterianas requerirán una antibioterapia tópica o sistémica.

Profilaxis

— Todos los miembros de la familia, los convivientes y visitantes habituales (cuidadores, canguros, etcétera) deben ser tratados simultáneamente, para prevenir la reinfestación.

— En caso de microepidemias o brotes localizados, se extremarán las medidas encaminadas a evitar contactos sospechosos de infestación.

— Las ropas que hayan permanecido en contacto con los parasitados desde 4 días antes del tratamiento se lavarán y secarán a temperaturas altas.

Información a los padres

Se les debe informar sobre el modo de transmisión de la enfermedad, recomendar la identificación de los posibles contactos, advertir de la posibilidad de que personas afectas asintomáticas puedan transmitir la escabiosis desde varias semanas antes de su manifestación clínica y proporcionarles otros conocimientos útiles:

— la sarna no presupone falta de limpieza: ocurre en niños de todas las clases sociales y nacionalidades;

— los animales domésticos no padecen ni transmiten la escabiosis humana;

— es sumamente importante que se sigan al pie de la letra las instrucciones sobre la utilización de los escabicidas prescritos, para evitar fallos terapéuticos y efectos indeseables;

— a continuación del tratamiento, es innecesario limpiar ropas que no hayan con-

tactado con los pacientes, ni los juguetes, muebles o alfombras; el parásito sólo sobrevive fuera de la piel humana 3 o 4 días;

— el niño puede reincorporarse al colegio o guardería al día siguiente del tratamiento.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Scabies. En Pickering LK ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed.Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2000; 506-508.
2. Armijo M, Camacho F. Tratado de dermatología. Madrid, Aula Médica 1998.
3. Ferrando J, Casanova M, Corretger JM. Dermatología pediátrica. En Cruz M ed. Tratado de Pediatría. Madrid. Ed. Ergon 2001: 1973-1990.
4. Friedlander SF. What's new in cutaneous infection? 2nd Annual Infectious Diseases in Children Symposium West. Marina del Rey, 26-II-2000.
5. Marcy S, Pichichero ME, Schwartz RH, Ramilo O. Scabies (Itch-mite infestation). Information for parents and patients. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 601-604

NOTAS