

Escabiosis, enfermedad producida por el *Sarcoptes Scabiei*.

José Javier Martínez Rivero. *

Shayma Caballero Báez. *

Estefany Pérez Izquierdo. **

*Estudiante de 2do año de medicina. Cadete MININT. Grupo 201. Facultad Medicina Victoria de Girón

**Estudiante de 2do año de medicina Grupo 201. Facultad Medicina Victoria de Girón

Correspondencia: José Javier Martínez Rivero: jjmr9828@gmail.com

RESUMEN

La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei*. Existen dos formas clínicas, la típica y la llamada sarna noruega, con lesiones hiperqueratosis generalizadas y con un gran potencial para provocar brotes en situaciones de hacinamiento. La infestación es más frecuente en aquellas circunstancias en que existe un contacto prolongado con los afectados. En ocasiones, esta enfermedad plantea problemas diagnósticos y terapéuticos, dependiendo de la edad y situación del sujeto. El tratamiento se basará en el uso correcto de escabicidas, medidas higiénicas y la realización de una adecuada profilaxis en todos los sujetos convivientes.

Palabras clave: Sarna. *Sarcoptes*. Diagnóstico y tratamiento.

ABSTRACT

The scabies is a ectoparasitosis produced by *Sarcoptes scabiei*. Two clinical forms exist, typical and the scabies Norwegian, with hyperkeratosis injuries generalized and great potential to cause buds in overcrowding situations. The infestation is more frequent in those circumstances in that a contact prolonged with the affected ones exists. Sometimes it creates problems diagnoses and therapeutics depending on the age and situation of the subject. The processing will be based on the correct use of escabicides, hygienic measures and the accomplishment of a suitable prophylaxis in all the contacts.

Key words: Scabiei. *Sarcoptes*. Diagnosis and treatment.

INTRODUCCIÓN

La sarna es una de las enfermedades dermatológicas más comunes y representa una parte considerable de las enfermedades cutáneas que se registran en los países en desarrollo. Se estima que, en cualquier momento en que se calcule, la cifra de personas en todo el mundo que padecen sarna asciende a 200 millones, aunque se necesitan más esfuerzos para evaluar esa carga. Las estimaciones de prevalencia de la sarna oscilan entre el 0,2% y el 71%. ⁽¹⁾

La sarna es endémica en muchos contextos tropicales con pocos recursos y se estima que su prevalencia media en los niños está entre el 5% y el 10 %. Las infestaciones recurrentes son habituales. La enorme carga de la infestación por sarna y sus complicaciones conllevan costos sustanciales para los sistemas de salud. En las economías de altos ingresos, los casos son esporádicos, pero los brotes en las instituciones de salud y en las comunidades vulnerables entrañan un costo económico considerable para los servicios nacionales de salud. ⁽¹⁾

La sarna está presente en todo el mundo. Ahora bien, los grupos más vulnerables; los niños pequeños y las personas de edad de las comunidades de escasos recursos, son especialmente vulnerables a la enfermedad y a las complicaciones secundarias de la infestación. Las tasas más altas de infestación se registran en países de climas cálidos y tropicales, especialmente en las comunidades en que coexisten el hacinamiento y la pobreza, y en las que el acceso al tratamiento es limitado. ⁽¹⁾

Patología con un porcentaje de curación potencial del 100% mediante un simple tratamiento, lo cual implica la importancia de su correcto diagnóstico y manejo por el médico que lo ve en primer lugar (generalmente médicos de guardia o de Atención Primaria). ⁽³⁾

La sarna o escabiosis ha sido una de las enfermedades que más ha crecido durante la pandemia, ejemplo de esto en las consultas de Dermatología en España durante la pandemia del Covid-19. Tal y como señalan los expertos, los casos se han multiplicado por 10 y, debido al confinamiento y el retraso de los tratamientos, han surgido tipos de sarna más “persistentes” y más “resistentes”. La sarna se ha convertido en un brote epidémico dentro de una pandemia. ⁽²⁾

Cuba también se ha visto afectada con un incremento de esta parasitosis, sobre todo en los últimos años.

La pandemia del Covid-19 ha agravado la situación económica mundial, incremento en los precios, inflación, escases de alimentos, pero también insumos, materiales y medicamentos; estas

han sido algunas de las realidades en la que se ha visto envuelto el mundo. Obviamente dicha situación, afecta a nuestro país; dificultándose la obtención de materias primas, mucho más a las dificultades que impone el bloqueo económico-financiero ya recrudecido, teniéndose que buscar alternativas de importación más costosas y desventajosas para obtener las mismas. Influyendo directamente en la escasez de medicamentos para el tratamiento de la escabiosis.

OBJETIVOS

Generales

- Actualizar la enfermedad transmitida por el *Sarcoptes scabiei* conocida como Escabiosis.

Específicos

- Explicar la Etiopatogenia de la enfermedad.
- Analizar las manifestaciones clínicas y conocer cómo se realiza el diagnóstico positivo de la misma.
- Actualizar las pautas de tratamiento para su erradicación.

DESARROLLO

1. Etiopatogenia

La Escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei* hominis, que es un arácnido del orden acarino, de la familia *Trombididae*. Puede ocasionar enfermedad en 40 especies de animales, incluyendo al hombre. ⁽³⁾

La hembra adulta es la causante de la enfermedad; mide aproximadamente 0,35 mm de longitud, una cabeza pequeña unida a un gran cuerpo ovoide, blanco-amarillenta y tiene 4 pares de patas cortas, unas chupadoras y otras erizadas, con su región dorsal cubierta de cerdas y espinas quitinosas. Por la especial disposición de las patas, el ácaro sólo puede ir hacia delante. (Fig. 1,2).

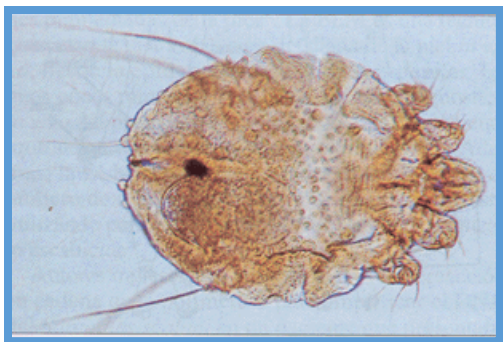


Figura 1. *Sarcoptes Scabiei*, ampliación 1:120



Figura 2. Ácaro hembra con 8 patas.

El macho es más pequeño, aproximadamente 0,2 mm, tiene menos espinas y tras la cópula muere. ^{(3) (7)}

No se desplaza volando ni saltando, sino que abre un túnel en la epidermis a una velocidad de 2.5 cm por minuto. Puede vivir fuera del huésped hasta 3 o 4 días en ciertas condiciones climáticas (21°C y humedad de 40 a 80%) y aunque la variedad canina resiste hasta 16 días fuera del huésped, no completa su ciclo de vida en el ser humano y es autolimitada⁽⁶⁾

El ácaro penetra la epidermis en apenas 30 minutos y sólo las hembras excavan el túnel hasta el estrato granuloso. En general, el huésped infectado alberga 5 a 15 hembras, pero esa cifra puede dispararse a miles, incluso millones, en la escabiosis costrosa. Una vez dentro de la epidermis, el parásito madura en 10 a 15 días, durante los cuales los machos mueren después de aparearse y las hembras grávidas desovan 2 a 3 huevecillos diarios en su recorrido por la epidermis; cuando estos eclosionan, 2-3 días después, las larvas horadan nuevos túneles y así se reinicia el ciclo del *Sarcoptes scabiei*, pero ahora dentro de la epidermis del huésped. Las hembras pueden poner hasta 90 huevos durante su ciclo vital de 30 a 60 días, pasa por las fases de huevo, larva, ninfa (protoninfa y tritoninfa) y adulto (macho o hembra) ⁽⁶⁾⁽³⁾

Las condiciones de temperatura más elevada y menor humedad ocasionan la muerte del ácaro, de allí que en invierno se observe una mayor incidencia de escabiosis, aunque se ha sugerido que algunos péptidos antimicrobianos del sudor pueden actuar contra el parásito, disminuyendo así su prevalencia en verano. El ácaro no succiona sangre, de modo que no se considera un vector de VIH. ⁽⁶⁾

En cuanto a la respuesta inmunológica, se ha demostrado que los antígenos de la saliva o partes de la boca del parásito, inducen una respuesta inmune. Se han descrito casos en los que pese a existir ácaros en la piel, las pápulas y el prurito no aparecían sino hasta un mes o más tras la inoculación. La respuesta inmunitaria humoral juega un papel muy importante en la patogenia de la escabiosis. A nivel histopatológico se ha comprobado que el número de mastocitos está aumentado tanto en las biopsias diurnas como las nocturnas de las lesiones escabióticas. La degranulación de estas células sólo se ha constatado en las biopsias nocturnas. ⁽³⁾

El ácaro posee varios antígenos que ocasionan el prurito y la inhibición de la respuesta inflamatoria que les caracteriza. Glutathion-N-transferasa, paramiosina, catepsina-L y Sar S-3 (esta última es excretada en las heces de los ácaros) son algunas proteasas no funcionales denominadas parálogos de proteasas inactivadas de *Sarcoptes scabiei* (scabies mite inactivated

protease paralogues; SMIPP, por sus siglas en inglés), los cuales actúan como antagonistas de las proteasas activas de los queratinocitos e inhiben la respuesta inflamatoria. ⁽⁶⁾

El contagio suele ser directo (de persona a persona), más comúnmente por diseminación intrafamiliar o sexual. La transmisión indirecta –a través de fómites– es el medio de diseminación más común en la variedad costrosa. ⁽⁶⁾

2. Clínica

El síntoma principal de la sarna es el intenso prurito, que clásicamente empeora en la noche, aunque el momento del día no es específico de la escabiosis. ⁽⁴⁾

Entre las lesiones características se encuentran: ⁽⁷⁾

- Surco acarino: lesión lineal, de varios mm de longitud, y representa la manifestación externa del túnel que realiza la hembra fecundada en la epidermis.
- Vesícula perlada o perla escabiótica: pequeñas vesículas en el sitio donde se ubica la hembra en la epidermis.
- Nódulos escabióticos: lesiones nodulares induradas de 10 – 12 mm de diámetro, que corresponden generalmente a una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro, aunque en muchos casos se han encontrado ácaros vivos y huevos.

Existen 3 variantes principales de escabiosis (Cuadro 1) ⁽⁶⁾:

- La forma clásica.
- Costrosa.
- Nodular.

TIPO	ÁCAROS	CONTAGIOSIDAD	PRURITO	INMUNOSUPRESIÓN
Clásica	++	+	+++	-
Costrosa	+++	+++	+	+++
Nodular	-	-	++	-

Cuadro 1. Principales diferencias entre las variantes clínicas de la escabiosis

2.1 Escabiosis clásica

Es la más común y se caracteriza por la presencia de escasos ácaros hembras. Las áreas involucradas varían según el grupo etario.⁹ En lactantes los sitios más comprometidos son: manos (pliegues interdigitales), pies y piel cuero cabelludo, seguidos por tronco, piernas y brazos. En preescolares (2-6 años) las lesiones suelen involucrar manos especialmente pliegues interdigitales (Figuras 3 y 4), pies, tronco y extremidades, mientras que en escolares se observan tronco y extremidades. El prurito y el dolor ocasionado por la impetiginización en los espacios interdigitales, impide que el paciente junte los dedos (signo del cirujano). Es común encontrar más de 5 zonas afectadas con lesiones que abarcan desde pápulas, vesículas y nódulos hasta costras hemáticas, escoriaciones y, en menor grado, costras melicéricas. El túnel que horada la hembra (lesión elemental) es poco evidente y se caracteriza por una línea ondulada blanca o gris de unos pocos milímetros hasta 1 cm de largo, con una pápula o vesícula en un extremo. En general está presente en los espacios interdigitales de las manos, aréola, pene, escroto, ombligo o en la línea del cinturón.⁽⁶⁾



Figura 3. Túneles, pápulas y vesículas; palmas.



Figura 4. Pápulas y pústulas; dorso de mano.

Al inicio, aparecen pápulas eritematosas en los espacios interdigitales, superficies de flexión de la muñeca y el codo, pliegues axilares, alrededor de la cintura o en la región inferior de los glúteos (Figura 5 y 6). Las pápulas pueden afectar cualquier otra parte del cuerpo, incluidos las mamas y el pene. La cara no se ve comprometida en los adultos (ver dibujo 1). Los túneles o surcos, en general en muñecas, manos o pies, son patognomónicos de la enfermedad y se manifiestan como líneas finas, onduladas y ligeramente descamadas de varios milímetros a 1 cm de longitud (Figura 7). En ocasiones, es posible observar una pápula oscura pequeña (el ácaro) en uno de los extremos. En la escabiosis clásica, la persona afectada por lo general sólo tiene 10 a 12 ácaros. A veces se produce una infección bacteriana secundaria.⁽⁴⁾



Figura 5. Costras, pápulas, pústulas v surcos en la superficie flexora de

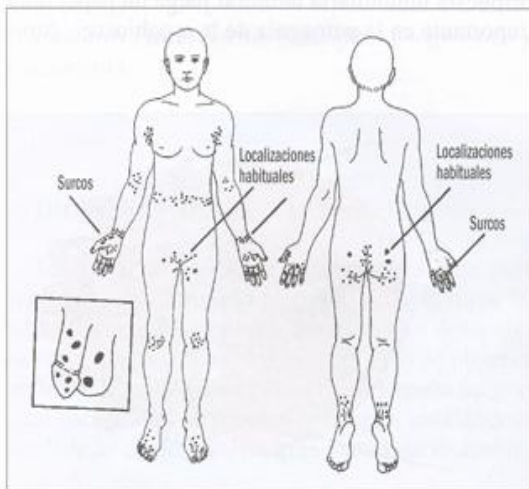


Figura 6. Pápulas, pseudovesículas



Figura 7. Surco lineal y pápula acarina en la eminencia hipotenar, patognomónicos de escabiosis.

Los signos de la escabiosis clásica pueden ser atípicos; en personas de etnia negra y en aquellas con piel oscura, la escabiosis puede presentarse con nódulos granulomatosos. En lactantes, pueden verse afectados las palmas, las plantas y el cuero cabelludo, sobre todo los pliegues retroauriculares. En los ancianos, la escabiosis puede cursar con prurito intenso y hallazgos cutáneos sutiles, lo que dificulta el diagnóstico. En pacientes inmunodeprimidos, existe una descamación no pruriginosa generalizada (sobre todo en las palmas y plantas en adultos y también en el cuero cabelludo en los niños).⁽⁴⁾



Dibujo 1: sitios más frecuentes de lesiones en adultos

2.2 Escabiosis costrosa

La variedad costrosa; también denominada “sarna noruega” (fue descrita en 1848 en una población de leprosos de ese país escandinavo), suele afectar pacientes inmunocomprometidos especialmente afectados de SIDA, diabéticos, con neuropatías o física/mentalmente discapacitados (por ejemplo, síndrome Down), en individuos bajo tratamiento con inmunosupresores (como

metrotexato, tacrolimus, micofenolato de mofetilo o ciclosporina), o tratados con corticoides tópicos o sistémicos de forma prolongada. Se caracteriza por una grave infestación de ácaros (de miles a millones) y por tanto, es altamente contagiosa. Su presentación clínica consiste en placas queratósicas de aspecto costroso, agrietado y fisurado, en las manos, pies y cuero cabelludo, pero con prurito de mediana o escasa intensidad (Figura 8). La escabiosis costrosa es indicativa de infección por el virus linfotrópico humano de células T tipo1 (HTLV-1), sobre todo en zonas endémicas como Perú. Dado que 40% de los casos de sarna costrosa carecen de un factor predisponente, se ha sugerido que existe predisposición genética. Hasta 58% de los pacientes presentan hipereosinofilia, detectándose hiper IgE en 96% de esa población. ^{(6) (4) (5)}



Figuras 8. Paciente con sarna costrosa, en tratamiento con metotrexato.

La presencia de lesiones exudativas y costrosas es debida a la impetiginización por *Staphylococcus aureus* y con menor frecuencia por *Streptococcus pyogenes*. ⁽⁵⁾

2.3 Escabiosis nodular

La variedad nodular es la menos común (7% de los casos) y se manifiesta con nódulos eritematosos o pardos de hasta 2 cm de diámetro, que afectan glúteos, genitales, escroto, ingles o axilas. Se ha sugerido que esas lesiones son una reacción de hipersensibilidad a los productos de secreción del ácaro más que a la presencia del mismo, de allí las particularidades de su tratamiento (Figura 9 y 9.1). ⁽⁶⁾

La escabiosis nodular es más frecuente en lactantes y en niños pequeños y puede deberse a hipersensibilidad a estos organismos retenidos. Se presenta nódulos eritematosos de 5 a 6 mm, y pueden persistir durante meses después de la erradicación de los ácaros. ⁽⁴⁾



Figura 9. Nódulos escabióticos en el escroto



Figura 9.1. Nódulos escabióticos en el pene y escroto

2.4 Escabiosis incógnita

Se ha descrito un cuarto tipo de sarna llamada “escabiosis incógnita” debido a que los síntomas están enmascarados por el uso indiscriminado de esteroides. Su principal –diríase única– manifestación clínica es el prurito intenso, molesto y de predominio nocturno que ocasionan las 8 patas del ácaro, su saliva o los productos de secreción de la hembra y las larvas. La comezón es mediada por una respuesta de hipersensibilidad tipo IV que inicia 10 a 30 días después de la infestación, aunque puede manifestarse apenas 1 día después en casos de reinfestación. (Figura 10).^{(4) (6)}



Figura 10. La presencia de prurito generalizado de predominio nocturno

3. Diagnóstico Positivo

Es un diagnóstico que, en muchas ocasiones, exige un índice alto de sospecha, porque las lesiones pueden ser escasas y no siempre características. El diagnóstico es principalmente clínico y está basado en los siguientes hechos: ⁽⁷⁾

- Prurito, de predominio nocturno, éste síntoma puede estar ausente en niños muy pequeños.
- Morfología y distribución de las lesiones
- Antecedentes epidemiológicos, tanto de familiares como de contactos.

El diagnóstico de sarna se sospecha con los hallazgos físicos, sobre todo la presencia de surcos, el prurito que no guarda proporción con los signos físicos, la presencia de síntomas similares en contactos convivientes del paciente y sobre todo en zona endémicas. ^{(4) (6)}

Si hay dudas, se debe efectuar un ácaro-test que consiste en buscar la presencia del ácaro, sus huevos o deyecciones, en las células descamadas de la piel, vistas bajo el microscopio. Para esto se realiza un raspado de las lesiones sugerentes de la presencia del ácaro (surco, perla acarina, nódulo, etc): se raspa la piel con un bisturí y aceite en la pápula del extremo distal del túnel (los pliegues interdigitales son sitios idóneos). Debe evitarse el uso de hidróxido de potasio, ya que disuelve la queratina, pero también las deyecciones, lo que disminuye la sensibilidad de la prueba. La tinción del túnel ocasiona que el orificio de salida absorba el colorante, aumentando la sensibilidad de la prueba de raspado. La dermatoscopia revela manchas triangulares de color pardo al final del túnel, las cuales evidencian la presencia del ácaro (Figura 11). ^{(6) (4) (5)}

Otro método de utilidad es pintar con tinta china el surco acarino: al lavar con alcohol, se marca el surco, evidenciándolo clínicamente (Figura 12). ⁽⁷⁾⁽⁵⁾



Figura 11. Manchas triangulares, de color pardo, que evidencian la presencia de ácaros.

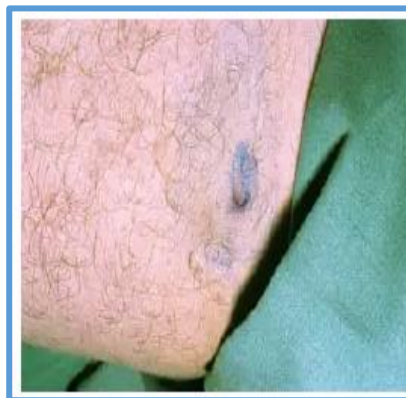


Figura 12. Surco acarino evidenciado con tinta china en el

En los últimos años se emplea una técnica denominada epiluminiscencia microscópica (ELM), que se utilizaba normalmente para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel. La ELM es una técnica que permite una inspección detallada de la piel in vivo, desde la epidermis hasta la dermis papilar. En unos pocos minutos esta técnica hace un diagnóstico in vivo del parásito no ocasionando dolor al paciente (que sí aparece con las técnicas anteriores) ⁽³⁾

La videodermatoscopia (VD) es una herramienta de diagnóstico no invasiva que recientemente se ha incorporado como una técnica alternativa para el diagnóstico de la escabiosis. Su eficacia se demuestra en estudios que muestran la capacidad de la VD de detectar parásitos in vivo, con resultados comparables a aquellos obtenidos de muestra cutánea tradicional o ácaro-test. Además, permite monitorizar la respuesta clínica al tratamiento y de esta forma manejar mejor los tiempos óptimos de aplicación de las diferentes drogas, reduciendo el riesgo de efectos adversos

y posibles complicaciones.

(Figura 13). ⁽⁷⁾

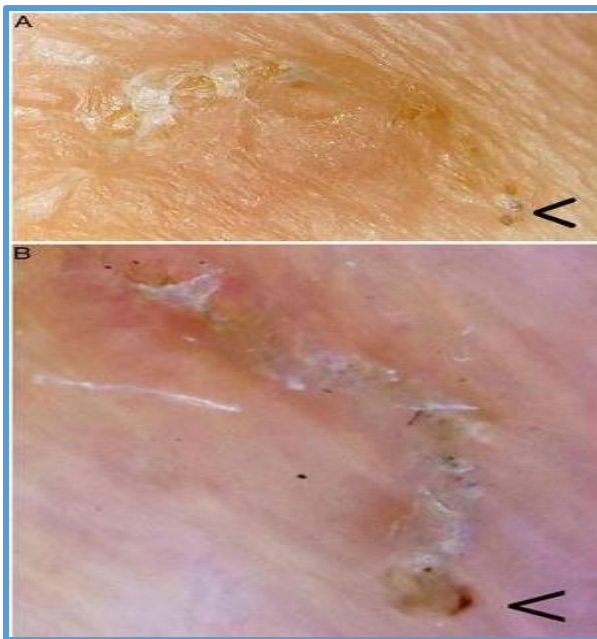


Figura 13. Surco acarino. En el extremo inferior derecho (flecha) se encontraría el parásito. A. (VD) (aproximadamente $\times 60-100$ es difícil establecer la magnificación real, dado que es un dispositivo no homologado, Jusion 40-000X).

B. Dermatoscopia ($\times 8$, DermLite DL200, 3Gen). Se puede observar una mayor magnificación y resolución con la (VD).

Otras técnicas diagnósticas que se pueden realizar son la Reacción de polimerasa en cadena (PCR) en escamas o córneas de pacientes infestados, Test de ELISA como testeo serológico en infestaciones animales. Por último, la biopsia de piel y estudio histológico en casos de difícil diagnóstico, son de gran utilidad. ⁽⁷⁾

3.1. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse con enfermedades dermatológicas que cursan con prurito y lesiones secundarias, tales como: ⁽⁷⁾

- Dermatitis atópica (principalmente en niños)
- Sudamina,
- Dermatitis de contacto
- Picaduras de insectos (prurigo por chinches o pulgas)
- Piodermias
- Urticaria
- Erupción por drogas.

Las lesiones vesículopustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitosis de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápulo-nodulares eritemato-parduscas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa). La sarna noruega puede simular una psoriasis. El ácaro test es de gran valor en el diagnóstico diferencial, ya que si es positivo el diagnóstico es definitivo. ⁽⁷⁾

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) ⁽⁵⁾

La lista es extensa, pero en niños hay que considerar entidades como: ⁽⁶⁾

- Miliaria rubra.
- Trombidiasis.
- Acropustulosis infantil.
- Varicela.

En pacientes adultos hay que descartar: ⁽⁶⁾

- Prurigo nodular.
- Escoriaciones neuróticas.
- Delirio de parasitosis.
- Reacciones medicamentosas de tipos maculopapular y urticariforme o xerosis (que en ancianos, obliga a excluir escabiosis).

4. Tratamiento

La escabiosis ha sido combatida desde la antigüedad con múltiples tratamientos. En la biblioteca de Assurbanipal en Babilonia ya se describían remedios para erradicarla. ⁽³⁾

El tratamiento va dirigido al paciente, a sus contactos y a la ropa. Hay que lavar en seco o hervir la ropa de cama y toda la personal, airearla durante 4 a 7 días para evitar la reinfestación con ácaros que se desarrollan a partir de los huevos. Así mismo, la ropa personal que se utilice durante los días de tratamiento hay que lavarla diariamente. Se deben tratar todas las personas infectadas y conviventes para evitar reinfecciones (infecciones "ping pong"). En caso de infecciones en hospitales o residencias de ancianos es muy importante proteger al personal sanitario, sobre todo en caso de sarna noruega. ⁽³⁾

El prurito suele desaparecer tras el tratamiento escabicida aunque si persiste puede deberse a: persistencia de la infección, a respuesta de hipersensibilidad, reinfestación o a un efecto secundario de los medicamentos empleados. Es necesario realizar una correcta anamnesis, intentando averiguar las causas exactas de este síntoma. Una vez eliminada, si es posible, la causa del picor, se tratará sintomáticamente: mediante sustancias emolientes e hidratantes de la piel, antihistamínicos H1, o si éstos no son eficaces puede usarse corticoides a dosis bajas. ⁽³⁾

El tratamiento debe instituirse una vez confirmado el diagnóstico y las terapias pueden resumirse de la siguiente manera: ⁽⁶⁾

- Tópicas,
- Sistémicas
- Combinadas.

Hay que tomar cuidado con la aparición de la "acarofobia" en algunos pacientes que tras ser tratados correctamente siguen utilizando acaricidas provocándose una irritación grave de la piel. Hay que explicar la situación al paciente, e incluso evaluar tratamiento con ansiolítico. ⁽³⁾

4.1 Tratamiento en situaciones especiales

- Escabiosis en ancianos

Es muy frecuente que las lesiones de presentación de la sarna en el anciano se hagan de forma atípica. (influye negativamente en la prontitud del diagnóstico e inicio del tratamiento). Suelen confundirse con lesiones de rascado de la piel por xerodermia, ansiedad o patologías crónicas, lesiones en la espalda al estar encamados mucho tiempo, localización atípica en gente adulta joven. El tratamiento indicado, además de las medidas higiénicas, es la aplicación de permetrina durante 8-12 horas diariamente durante 5 a 7 días consecutivos; se aconseja una segunda aplicación a la semana. No se recomienda el Lindano porque los ancianos pueden presentar

escoriaciones y por éstas facilitar la absorción sistémica con los correspondientes efectos adversos. ⁽³⁾

- Escabiosis en lactantes y embarazadas

En los niños se ven lesiones en la cara, cuero cabelludo y pies. En las madres lactantes entorno al pezón; confunden con dermatitis atópica que se impetiginizan. Se aconseja el ungüento de Sulfuro de azufre al 6% en vaselina, una aplicación nocturna durante 3 noches consecutivas y a las 24 horas de la última aplicación realizar lavado. ⁽³⁾

La Permetrina es el único escabicida, junto con el Sulfuro de azufre (frente al que existe menos consenso) que se recomienda en mujeres embarazadas al igual que en niños menores de 2 años (aunque no se sabe si durante la lactancia puede pasar a la leche materna). El CDC de EEUU lo recomiendan a una concentración del 5%. El Lindano no se recomienda en la edad pediátrica ni durante el embarazo por las alteraciones hematológicas y neurológicas que puede provocar. ⁽³⁾

El Crotamitrón crema al 10 %, a pesar de que faltan estudios sobre su toxicidad, se aconseja en niños (recomendado por la CDC a una concentración del 10%). El Benzoato de bencilo no debería usarse en niños. ⁽³⁾

- Escabiosis en pacientes con VIH

Cuanto mayor es la inmunodepresión más atípica y grave la forma de presentación y menos probable que responda al tratamiento. Se puede producir incluso la muerte del sujeto. Tratar de manera profiláctica a todos los contactos. El CDC recomienda que los pacientes VIH deben ser valorados por un experto, dado que es más frecuente la presencia de sarna noruega. Si el sujeto VIH no tiene una inmunosupresión clara se aconseja el mismo tratamiento que la población general. ⁽³⁾

Tanto el Lindano como la Permetrina se pueden usar en estos pacientes en una aplicación por toda la superficie corporal repitiendo otra aplicación a la semana. Hay que revisar al enfermo tras 2-4 semanas de iniciado el tratamiento. Si apareciesen lesiones a las cuatro semanas se consideraría una reinfestación más que un fallo del tratamiento. La Ivermectina tiene especial importancia en las formas costrosas de los pacientes VIH, dado que con una posología cómoda se curan y se evitan los contagios en un tiempo breve. ⁽³⁾

Autores ingleses aconsejan la combinación de Ivermectina oral con Benzoato de bencilo para el tratar de la Sarna noruega. ⁽³⁾

- Formas nodulares de la escabiosis

Lesiones inflamatorias que debutan como nódulos, que desaparece espontáneamente pero a veces pueden tardan meses o años. No responden a escabicidas, se aconseja corticoides tópicos o intralesionales, preparados de alquitrán y antihistamínicos. Algunos autores recomiendan fototerapia con PUVA (administración concomitante de un psoraleno por vía oral y de radiación uva). Se ha visto que el tratamiento con Crotamitrón al 10% durante 2 días y lavado posterior mejora las formas nodulares de la infancia. La Sarna nodular requiere tratamiento concomitante con corticoides y las sobreinfecciones con antibióticos sistémicos. ⁽³⁾

- Escabiosis ocultas

Son lesiones típicas que son tratadas con antihistamínicos o corticoides con lo que se modifica el aspecto de la lesión haciendo muy difícil su diagnóstico. ⁽³⁾

- Escabiosis en animales

La infestación es autolimitada en unas semanas. Debe ser tratado por un veterinario. ⁽³⁾

- Escabiosis impetiginizada

Prescribir antibiótico tópico y un macrólido vía oral durante al menos 7 días. ⁽³⁾

CONCLUSIONES

La Escabiosis o Sarna humana es una infestación parasitaria causada por *Sarcoptes scabiei hominis* en específico la hembra adulta. Está presente en todo el mundo, pero es más común en los países tropicales cálidos y en las zonas de alta densidad de población. Por lo que el conocimiento cabal de la enfermedad, la aplicación de las indicaciones apropiadas, el buen uso de escabicidas y la educación sanitaria, permitirán la correcta erradicación de esta infestación. La comunidad médica internacional realiza múltiples investigaciones en la búsqueda de nuevos productos antiparasitarios, sin embargo, el control epidemiológico a nivel de atención primaria jugara un papel fundamental en la disminución real de la incidencia de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (WHO) [sede web]; 16 de agosto de 2020. Sarna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/scabies#:~:text=Sarna>.
2. Gallegos. C. El Covid dispara los casos de sarna "persistente" y "resistente". Redaccionmedica.com [sede web]; 2021 septiembre. Disponible en: <https://redaccionmedica.com/secciones/dermatologia/el-covid-dispara-los-casos-de-sarna-persistente-y-resistente>
3. Campillos Páez M^a. T., Causín Serrano S., Duro Mota E., Agudo Polo S., Martínez Ramírez M. O., Sánchez de la Nieta Martín J. M. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam [Internet]. 2002 Jul; 12(7): 40-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_4arttext&pid=S1131-57682002000700004&lng=es.
4. Dinulos J. Sarna. Msdmanuals.com [sede web] [actualizada mayo de 2020; consulta diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatologicos/infecciones-cutaneas-parasitarias/sarna>
5. García-Patos. V. Escabiosis. Scribd.com [sede web] [cargado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/499595597/5-ESCABIOSIS>
6. Plascencia Gómez. A, Proy Trujillo. H, Eljure López. N, et al. Escabiosis: una revisión. DCMQ [internet]. 2013 Jul-Sept 11(3): [8 pantallas]. Disponible en: <https://dcmq.com.mx> Escabiosis: una revisión
7. Pérez-Cotapos. M. L, Sáenz de Santa María. M. L, González. S. Avances en el Tratamiento de la Escabiosis. 2021. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/avances-tratamiento-la-escabiosis/>