

## ESCABIOSIS: DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO

Autor: Dra. Bárbara Couble P. Residente Medicina Familiar UC.

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Médico Familiar UC.

2019

### RESUMEN PORTADA

La escabiosis corresponde a una ectoparasitosis de importancia en salud pública. Afecta alrededor de 300 millones de personas en el mundo al año sin respetar edad, sexo ni clases sociales, pudiendo incluso generar epidemias en poblaciones de riesgo, por lo cual es fundamental su reconocimiento y manejo en contextos de APS.

### INTRODUCCIÓN

La escabiosis, popularmente conocida como sarna, corresponde a un problema común en salud pública <sup>(1)</sup>. Afectando a unos 300 millones de personas en el mundo, predominantemente en zonas de mayor pobreza y sobrepoblación <sup>(2)</sup>.

Si bien la escabiosis es una patología más común en niños pequeños, existen algunos factores que predisponen a su contagio, bajas condiciones de higiene, desnutrición, situación de calle, demencia, etc <sup>(3)</sup>. En poblaciones residenciales cerradas, tales como hogares, regimientos o cárceles pueden generarse epidemias escabiosis, afectando hasta a un 70% de la población ingresada <sup>(4)</sup>.

### ETIOPATOGENIA

La escabiosis corresponde a una ectoparasitosis producida por el acaro "Sarcoptes scabiei" variedad hominis, un ectoparásito especie específico que completa su ciclo biológico exclusivamente en los seres humanos. El ácaro es morfológicamente redondeado u ovalado, plano, no segmentado de color blanquecido, y prácticamente imperceptible para el ojo humano. La hembra mide entre 0,3-0,5mm y el macho 0,2-0,29mm <sup>(2-3)</sup>.

Luego del apareamiento en la superficie de la piel, el macho muere y la hembra cava surcos bajo la piel donde deposita de 1 a 3 huevos. Los huevos eclosionan a los 3-4 días, y las larvas migran a la superficie para reproducirse. El ciclo completo del ácaro dura entre 14-23 días <sup>(2-3)</sup>.

La transmisión del acaro ocurre por contacto directo y estrecho piel con piel, incluido el contacto sexual, por al menos 15-20 minutos. La transmisión por fómites es poco frecuente y se produce sólo si estos están contaminados por formas juveniles o adultas, y han sido utilizadas por el individuo infestado en las 48 hrs. previas <sup>(2-3)</sup>.

### CLÍNICA

La característica principal de la escabiosis es el prurito intenso, de predominio nocturno. En contexto de infestación primaria los síntomas iniciales ocurren luego de 2-5 semanas del contacto con el caso índice, mientras que en reinfestación estos pueden aparecer de manera mucho más precoz (48 hrs) <sup>(5)</sup>

Las lesiones cutáneas clásicas de la escabiosis se clasifican en <sup>(2)</sup>:

**1. Directas:**

- Perlas escabioticas o vesícula de Bazin: Vesículas de 1mm de diámetro que se produce en el lugar donde se encuentra la hembra, generando una reacción inflamatoria.
- Surcos acarinos: Manifestación externa de los túneles. Corresponde a trayectos lineales eritematosos, serpiginosos, de longitud variable (milímetros a centímetros). Se pueden observar desde el cuello a los pies, en zona de pliegues, región interdigital, axilas, muñecas, cara interna de los brazos y antebrazos, surco submamario, flancos, región genital, surco subgluteo y cara interna de muslos, rodillas y tobillos.

**2. Indirectas**

- Pápulas: lesiones eritematosas, discretamente solevantadas, de distribución bilateral, simétrica y generalizada.
- Nódulos: Nódulos eritematosos de 6-10mm de diámetro, muy pruriginosos. Se observan con mayor frecuencia en atópicos. Predominan en codos, axilas, flancos, escroto, pene, pliegues sub e intergluteos.
- Escamas, vesículas, bulas.
- Costras y lesiones por grataje.

**Clínica en niños <sup>(2)</sup>:**

La enfermedad está descrita desde los 15 días de vida.

Su presentación es similar a la observada en adultos, a excepción de los lactantes, que tienden a tener lesiones generalizadas. Se pueden ver lesiones en cara, cuello, espalda, retroauricular, abdominal, genital, palmo-plantar (pústulas). Zonas de eczema, impetiginización, nódulos en axila y pañal, incluso ampollas.

**DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico de la escabiosis es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de prurito, características y distribución de las lesiones directas y/o indirectas, y el antecedente de otro familiar afectado.

En casos de duda diagnóstica, o cuando no hay respuesta a tratamiento, se sugiere complementar la clínica con el uso de un ácaro test o con visión bajo dermatoscopia. Ambos métodos son operador dependientes y de baja sensibilidad <sup>(6)</sup>.

**TRATAMIENTO:**

Según la disponibilidad de tratamiento en Chile podemos dividirlo en:

**Tratamiento oral:**

- Ivermectina: 200ug/kg, pacientes sobre los 5 años o 15kg.

**Tratamiento tópico:**

- Permetrina 5%
- Crotamitón 10%
- Vaselina azufrada 5-10%

## ¿Qué dice la evidencia en relación a la efectividad de estos tratamientos?

La tabla 1 resume la evidencia disponible en relación a los tratamientos para escabiosis.

**Tabla 1: Tratamiento farmacológico para la escabiosis <sup>(1)</sup>:**

	Outcome	Tei	Tec	Estudios	RR	RRR	SE	GRADE
<b>Permetrina 5% v/s Crotamitón 10%</b>	Falla de tratamiento 28 días	6/97	27/97	2RCT	0,24 (0,1-0,5)	76%	Favor Permetrina	Moderado
<b>Ivermectina oral v/s Placebo</b>	Falla de tratamiento 7 días	6/28	22/26	1RCT	0,24 (0,12-0,51)	76%	Favor Ivermectina	Moderado
	Falla de tratamiento 2 semanas	12/40	1/45	1RCT	13,5 (1,84-99,26)		Favor de Permetrina	Bajo

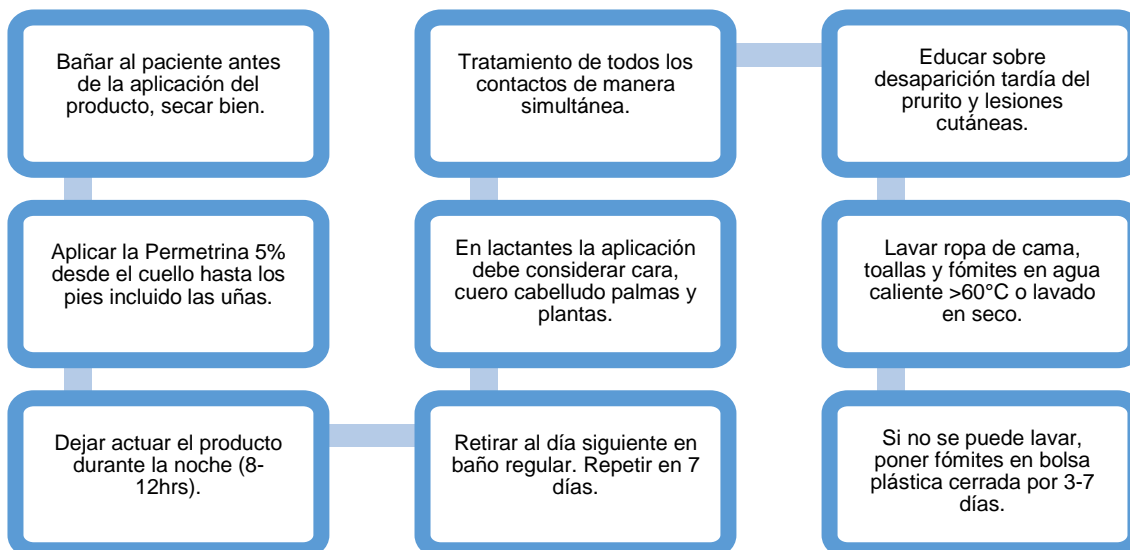
**Tei:** Tasa eventos grupo intervenido **Tec:** Tasa eventos grupo control **RR:** riesgo relativo **RRR:** reducción riesgo relativo. **SE:** significancia estadística.

No hay evidencia que compare la vaselina azufrada con Permetrina 5%, Crotamitón 10% o Ivermectina oral.

Luego de analizar la evidencia disponible, podemos concluir que Permetrina 5% sigue siendo el tratamiento de elección para escabiosis en pacientes sobre los 2 meses de vida, dejando a la Ivermectina oral como tratamiento de segunda línea, o de elección en casos especiales (inmunocomprometidos, institucionalizados y en sarna noruega <sup>(6)</sup>).

## RESUMEN

### ¿Qué indicaciones doy a mi paciente?



## REFERENCIAS

1. Johnstone P, Strong M. Scabies. *BMJ Clin Evid*. 2014 Dec 22;2014. Pii: 1707.
2. Campos B, Jofre L, Neira P et al. Guía clínica Sarna y Pediculosis. MINSAL 2007.
3. Gunning K, Pippett K, Kiraly B, et al. Pediculosis and scabies: a treatment update". *AmFam Physician* 2012 Sept;86(6): 535-541.
4. Thompson M, Engelman D, Gholam K, et al: Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol*. 2017 Jul;42(5): 481-487.
5. Sunderkötter C, Fildmeier H, Fölster-Holst R, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of scabies. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016 Nov;14(11): 1155-1167.
6. Abdel-Latif A, Elshahed A, Salama O. Comparing the diagnostic properties of skin scraping, adhesive tape and dermatoscopy in diagnosing scabies. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2018 Jun;27(2): 75-78.
- 7.