

## Escabiosis

Isabel Lozano Marín<sup>a</sup>, María Luisa Alonso Pacheco<sup>b</sup>, Belén Zambrano Centeno<sup>c</sup> y Eva Aguilar Huerta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Residentes de MFyC. Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

<sup>b</sup>FEA. Hospital General Universitario de Guadalajara.

<sup>c</sup>Residente de Dermatología. Hospital General de Guadalajara.

### INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una infestación de la piel altamente contagiosa, producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, var. *hominis*. Las hembras labran surcos en la epidermis y en ellos depositan los huevos que se incuban durante 5 días. Tras 3 o 4 semanas se desarrolla una reacción de hipersensibilidad frente al ácaro, produciéndose los síntomas de la enfermedad.

### INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

La escabiosis afecta a todas las razas y clases sociales del mundo. Su incidencia fluctúa cíclicamente con un intervalo aproximado de 10 o 15 años y aumenta en determinadas condiciones de hacinamiento, caso de guerras.

La frecuencia es la misma para ambos sexos, siendo más común en niños y adultos jóvenes, pero algunas razas son más susceptibles de presentar la enfermedad. En los negros africanos se ha observado una elevada incidencia. Se transmite directamente por contacto físico íntimo, e indirectamente a través de ropas y camas donde los ácaros pueden sobrevivir 2-5 días.

### CLÍNICA

El prurito es el síntoma cardinal de la escabiosis. Es de predominio nocturno, empeora con el aumento de temperatura y ocurre 3-4 semanas después de infectarse. Puede acompañarse de una erupción papulosa urticariforme.

Las lesiones patognomónicas son los surcos, que suelen medir entre 4 mm y 1 cm, son poco elevados, lineales u ondulares de color pardusco y terminan en una vesícula pequeña donde está la hembra adulta. Se localizan con más frecuencia en pliegues interdigitales, muñecas, manos, pies y área genital. En niños puede afectarse la cara y el cuero cabelludo.

Las pápulas pruriginosas se encuentran preferentemente en axilas, región periareolar, región periumbilical, nalgas y muslos.

En algunas ocasiones pueden manifestarse nódulos inflamatorios situados principalmente en axilas, pliegues in-



Figura 1.

guinales, escroto y pene. Son muy pruriginosos y pueden persistir durante semanas o meses tras el tratamiento resolutorio de la enfermedad (prurigo postescabiótico). En ellos se puede aislar el ácaro. Es característico de la escabiosis la presentación de estos nódulos sobre los surcos en el área genital masculina (fig. 1).

En niños pueden aparecer vesículas y pústulas en manos y dedos, además de una gran eccematización. Es frecuente en ellos la presentación de nódulos en tronco y piernas.

Las manifestaciones secundarias de la enfermedad como excoriaciones y eccematización, impetiginización, así como el uso inadecuado de esteroides pueden modificar las características típicas de la enfermedad y confundirla con otras dermatosis.

Existe una variante clínica muy contagiosa, denominada sarna noruega, que cursa con notable hiperqueratosis y los surcos contienen gran cantidad de ácaros. Suele darse en pacientes con retraso mental, inmunodeprimidos y en general en personas con dificultad para discriminar el prurito.

### DIAGNÓSTICO

Debe sospecharse una escabiosis en los pacientes con prurito severo persistente y generalizado, cualquiera que sea su edad, o con prurito en varios convivientes.

La historia de prurito con exacerbación nocturna y la distribución típica de las pápulas son muy sugerentes de escabiosis. La confirmación absoluta se obtiene al des-

Correspondencia: Dra. I. Lozano Marín.  
Badajoz, 13. Urb. Zulema. 28810 Villalvilla. Madrid.

SEMERGEN 2000; 26: 161-162.



Figura 2.

cubrir los surcos y examinar su piel, con microscopio a 10 aumentos. Con una hoja de bisturí se separa la capa córnea de una lesión, se coloca en un portaobjetos y sobre ella se aplica una gota de aceite de inmersión. Se pueden visualizar de este modo los ácaros, los huevos o sus heces.

Si los surcos no son clínicamente evidentes, se puede aplicar tinta china sobre la piel y, tras limpiar el exceso de la misma, el surco queda teñido y se hace más visible, lo que permite raspar la lesión y observar en el microscopio (fig. 2).

Cuando la sospecha de escabiosis es considerable, puede ensayarse un tratamiento escabicida, aun en ausencia de visualización de ácaros, huevos o deposiciones en el estudio al microscopio, y realizar el diagnóstico *a posteriori*.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe incluir: eccema atópico, dermatitis herpetiforme, picadura de insectos, pitiriasis rosada, prurigo, dermatitis seborreica, urticaria, liquen plano y sífilis.

### TRATAMIENTO

#### Medidas generales

– Se debe tratar a todos los miembros de la familia y a todas las personas que hayan tenido contacto íntimo con el paciente, estén o no sintomáticos.

– Desinfección de la ropa de vestir, baño y de cama mediante un lavado con agua caliente a 60 °C o evitar su uso durante los 5 días siguientes al tratamiento.

#### Tratamiento específico

– Permetrina al 5% en crema. Se realiza una única aplicación que se mantiene 8-12 horas durante las que no debe lavarse. No tiene limitación de uso en niños.

– Lindano loción al 1%. Se aplica por toda la superficie corporal, desde el cuello hacia abajo, antes de acostarse y se mantiene 12-24 horas durante las que no debe lavarse. No se debe aplicar la loción nuevamente hasta pasada al menos una semana. Existe controversia referente a su uso en niños y embarazadas debido a la neurotoxicidad del preparado.

– Crotamitón al 10% en crema o solución. Se aplica 2 noches consecutivas, lavando a las 24 horas de la última aplicación. No está contraindicado en niños ni embarazadas.

– Precipitado de sulfuro en vaselina al 6-10%. Una aplicación diaria, durante 3 días, es el tratamiento de elección en embarazadas.

– Ivermectina. Es un antihelmíntico seguro y efectivo que se utiliza por vía oral a dosis única de 200 g/kg, repetible a las 2 semanas y que puede utilizarse en niños adultos y en personas infectadas por el VIH. No está comercializado en España.

El prurito se puede tratar con antihistamínicos orales y, si se objetiva impetiginización de las lesiones, se añadirán antibióticos sistémicos. Debe advertirse al paciente de que la persistencia del prurito unos días después del tratamiento es común; se debe a hipersensibilidad residual al ácaro y puede empeorar, por irritación, con la reaplicación innecesaria de acaricidas tópicos.

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alexander AM. Role of race in scabies infestation. Arch Dermatol 1978; 114: 627.
- Burns DA. Diseases caused by arthropods and other noxious animals. En: Champion RH, Burton JLL, Ebling FJG, editores. Textbook of dermatology (5.ª ed.). Londres, 1992; 1300-1305.
- Calap J. Tratamiento de las principales dermatosis zoonositarias. Monografías de Dermatología 1995; 8: 431-435.
- Fernández N, Torres A, Ackermann AB. Pathologic findings in human scabies. Arch Dermatol 1977; 113: 320-324.
- Reeves J, Maibach H. Escabiosis. Dermatol Clin Ilustr 1989; III: 289.
- Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdel F. The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med 1995; 333: 26-30.
- Plorde JJ. Sarna, niguas y otros ectoparásitos. En: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, editores. Harrison: principios de medicina interna (7.ª ed.). Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1989; 1015.
- Quatermann MJ, Leshner JL. Neonatal scabies treated with permethrin 5% cream. Pediatr Dermatol 1994; 11: 264-266.