

Identifique el caso

Alejandro Guerrero Zulueta*

Masculino de 35 años, con lesión peneana, repetitiva, de un año de evolución, caracterizada por presencia de múltiples lesiones, de tipo vesicular, blanquecinas, con halo eritematoso.



Respuesta del diagnóstico de la imagen
Aten Fam 2012;19(4):110

Escabiasis o sarna humana es una dermatosis muy pruriginosa, altamente transmisible y cosmopolita, causada por un ácaro denominado *Sarcoptes scabiei* variedad *Hominis*.¹

Su prevalencia mundial se estima en unos 300 millones de casos anuales y se presenta en forma de brotes epidémicos en la población general,² representa 2.7% de la consulta general¹ y afecta predominantemente a los estratos socioeconómicos bajos.

Se transmite por contacto directo (de piel a piel),³ mientras que la diseminación mediante objetos inanimados tiene un papel menos importante.⁴

Clínicamente se podrán observar las siguientes lesiones: pápulas del color de la piel o eritematosas, costras hemáticas, pequeñas vesículas, túneles, huellas de rascado y, de manera secundaria, costras melicéricas o pústulas, que afectan preferentemente manos, muñecas, pliegues, genitales, glúteos y piernas.

Existe además la forma nodular: rojos o rosas de 5 a 20 mm de diámetro, que representa una reacción de hipersensibilidad a los antígenos del ácaro en 7-10% de los casos.⁵

Sintomáticamente, el paciente manifiesta prurito generalizado, de predominio nocturno, elemento cardinal para establecer su diagnóstico.

El diagnóstico se establece clínicamente, y sólo en caso de duda se realiza un estudio histopatológico, en el cual los ácaros pueden ser observados en el estrato córneo de la piel. Cabe mencionar, aunque resulte difícil creerlo, que el diagnóstico, en muchas ocasiones, puede

resultar complicado, por lo que debe ser considerado en todo paciente con prurito generalizado y persistente.

El diagnóstico diferencial debe incluir las siguientes entidades patológicas: dermatitis atópica, dermatitis herpetiforme, urticaria papular, foliculitis, impétigo, pitiriasis rosada, psoriasis, eccema de manos, e incluso linfomas.⁶

Para iniciar el tratamiento, primero se deben atender las complicaciones, que generalmente son de tipo infeccioso; segundo, determinar las medidas higiénico-preventivas pertinentes; y tercero, establecer una terapéutica familiar. Además, para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas se deben tomar precauciones específicas de aislamiento.⁷

El tratamiento sistémico con ivermectina vía oral se utiliza en una dosis única de dos tabletas de 6 mg en adultos, con excelentes resultados, y tópicamente se dispone de permetrina al 5%, benzoato de bencilo emulsión al 25%, lindano al 1%, crotamiton crema al 10%, y azufre del 2 al 10% con petrolato e ivermectina tópica.

Referencias

1. Díaz M, Pérez Y, Martínez K, Lapayese M, Betancourt P. Incidencia de escabiasis en pacientes que asistieron a la Clínica Rural de Catalina. *Rev Med Dom.* 2005;66(2):177-8.
2. Rojo PMP, Espinosa RY, Santos GS, Berghezan SA, Sanchez GS, Cantarero VMP. Brote epidémico de escabiasis en población marroquí en el CEDT de Illescas (Toledo). *Rev Pediatr Aten Primaria* supl 2011;20:e60.
3. Carrada BT. Escabiasis: avances y perspectivas. *Rev Mex Pediatr.* 1985;52(6):279-86.
4. Molinaro MJ, Schawarts RA, Janninger CK. Scabies. *Cutis.* 1995;56:317-21.
5. Huynht H, Norman RA. Scabies and pediculosis. *Dermatol Clin.* 2004;22:7-11.
6. Kartikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J.* 2005;81:7-11.
7. Hernandez OHG. Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas. *Acta Pediatr Mex.* 2012;33(2):89-93.

*Médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 22, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Teziutlán, Puebla, México

Correspondencia:
Alejandro Guerrero Zulueta
agzulueta@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Guerrero-Zulueta A. Escabiasis. *Aten Fam.* 2013;20(1):31.