

La sarna en ancianos: ¿un problema creciente?

J. García-Monlleó^a, J.C. Carrillo^a, J.M. Lasso^a, B. Peña-Toro^a, C.M. Romero^a y V. Delgado^b

^aDepartamento de Medicina. Hospital Universitario San Rafael. Granada. España.

^bDepartamento de Medicina. Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Sr. Editor:

La sarna es una infección producida por el parásito *Sarcoptes scabiei* que ha afectado a la humanidad desde hace siglos. En ocasiones, su diagnóstico es especialmente difícil y da lugar a un prurito intenso generalizado. Esta infección es frecuente, cursa en forma de epidemias y existen áreas geográficas donde la infección es endémica. Se ha calculado que existen más de 300 millones de casos de sarna en el mundo cada año. Esta infección puede afectar a cualquier individuo, independientemente de su edad, raza o condiciones de higiene personal, aunque en la población anciana los brotes epidémicos de sarna son relativamente más comunes en residencias e instituciones sanitarias (sobre todo hospitalares), y suelen causar alarma entre el personal. De hecho, se han descrito brotes entre el propio personal asistencial^{1,2}.

El agente causante es un parásito que mide 0,4 mm, que le hace difícilmente visible a simple vista, está compuesto de una cabeza y un cuerpo redondo, en el que se observan 8 patas. *Sarcoptes* produce un surco, o túnel, en la superficie cutánea, que desencadena una reacción alérgica. La hembra es la que parasita al nuevo huésped y excava el túnel, pone huevos y elimina secreciones tóxicas que suelen ser muy alergénicas para el ser humano. Las larvas salen de los huevos y se dirigen a la superficie cutánea, donde permanecen hasta llegar a adultos. Pueden pasar hasta 45 días antes de que un individuo recientemente infectado comience con sintomatología de sarna³.

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 8 casos de ancianos afectados de sarna ingresados en nuestro centro en los 2 últimos años, procedentes de sus domicilios o de otras instituciones como hospitalares o residencias, en todos ellos importada desde el exterior. Se analizó la forma de presentación y la experiencia con diversos tratamientos.

El diagnóstico de la sarna se basa en la observación de las lesiones, pero con frecuencia puede resultar difícil por

su similitud con otras enfermedades cutáneas, como la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto, entre otras. Para establecer el diagnóstico es necesario realizar un examen cuidadoso de los enfermos con especial detenimiento en los pliegues y los espacios interdigitales. En ocasiones, se puede establecer exclusivamente el diagnóstico mediante el examen clínico, pero es aconsejable confirmar la sospecha mediante el estudio microscópico de una pequeña muestra cutánea, que puede obtenerse mediante el raspado o afeitado de la porción más superficial de la piel. En nuestra serie diagnosticamos todos los casos con un examen físico, y en 2 ocasiones hubo que recurrir a métodos auxiliares como el raspado de las lesiones y la observación del material obtenido bajo el microscopio. El diagnóstico se establece mediante la demostración de la presencia de *S. scabiei*, de los huevos o de las heces⁴. Una de las variedades en las que hemos detectado un incremento reciente en frecuencia, es la sarna denominada noruega costrosa o hiperqueratósica.

En los 8 casos analizados, el síntoma más temprano y frecuente de la sarna fue el prurito intenso de predominio nocturno. Las lesiones clínicas iniciales son pequeñas lesiones sobrelevadas, de menos de 1 cm, si bien en ocasiones son más eritematosas y edematosas. En 2 de los casos más avanzados hemos podido observar lesiones costrosas y vesiculosas (fig. 1). La localización más característica ha sido la afectación del pliegue interdigital de los dedos de las manos y a veces de los pies (fig. 2), aunque también hemos observado en los codos, las muñecas, los glúteos, alrededor de la aréola y el pene. En los ancianos que, en principio, no fueron tratados en su lugar de origen —lo que supone un período más prolongado de afección—, el prurito fue más generalizado y la infección, más extendida; se observó con frecuencia la infestación de las palmas y las plantas e incluso el cuero cabelludo. En un caso, se observó infección bacteriana secundaria de las lesiones producidas por la sarna. En nuestra serie, el síntoma más frecuente fue la aparición de prurito (29,9%), seguido de lesiones dérmicas papulosas (24,3%) y afectación interdigital (12,3%) entre otras lesiones dérmicas visibles

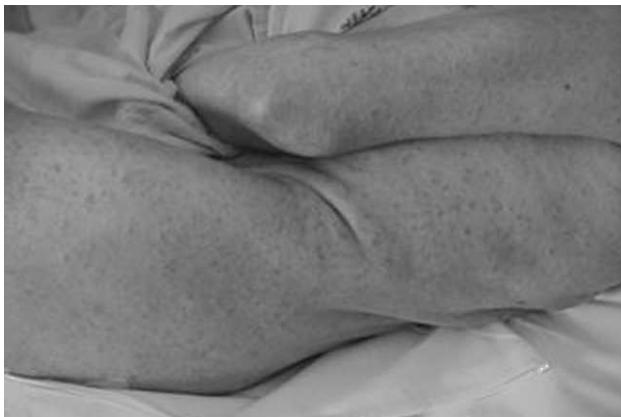


Figura 1. Paciente afectado de sarna.



Figura 2. Afección digital del pie.

como surcos (7,6%), nódulos (6,2%), vesículas (6,1%) o costras (2,2%). El 11% restante presentó otras lesiones diversas.

Para el tratamiento hemos utilizado en todos los casos permetrina al 5% en su presentación en crema, siendo ésta muy eficaz. Se les aplicó desde la cabeza a los pies por la noche, lavándose al día siguiente. Es más aconsejable aplicar la crema en piel seca, empleándose más a fondo en los espacios interdigitales de las manos y pies, y debajo de las uñas. También es útil la aplicación de lindane al 1%. Este producto debe utilizarse también durante 12 h; seguidamente lavarse y repetir el tratamiento a la semana⁵. Otros tratamientos incluyen la aplicación de cremas de azufre y de crotamiton al 10%. Recientemente se ha demostrado que la utilización de ivermectina oral es eficaz para el tratamiento de la escabiosis⁶. Es importante recordar que el tratamiento de la sarna debe realizarse en todo el grupo de convivientes simultáneamente y complementarse con el lavado de la ropa utilizada con agua bien caliente. En aquellos en los que persistía el prurito, 3 pacientes, se utilizaron antihistamínicos y corticoides tópicos como terapia complementaria⁷.

Como comentario final, en los últimos años hemos visto incrementado el número de ingresos con afección de sarna. Esto ha coincidido con un aumento paralelo en la población en general (según fuentes consultadas del servicio de epidemiología y de enfermedades de

declaración obligatoria). Además, en la población anciana (sobre todo institucionalizada), este incremento es más destacado y notable por sus especiales características. Referente al tratamiento es muy importante la educación sanitaria para evitar el contagio (medidas higiénicas de los pacientes y sus ropas), realizar un adecuado diagnóstico temprano y diferencial, y utilización correcta de los escabicidas clásicos y nuevos preparados de permetrina, sin descartar incluso los tratamientos orales con ivermectina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalela JG. *Enfermedades parasitarias de la piel*. Hosmil Med. 1984;5:25.
2. *Investigación de una epidemia de sarna en un centro sanitario de larga y media estancia para ancianos en la región de París*, 1995-1996. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 1997;6:23-5.
3. Santos-Juanes J, Galache C, Martínez-Cordero A, Curto JC, Sánchez J. *Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos*. *Rev Esp Sanid Penit*. 2001;3:49-54.
4. Camacho F, Moreno JC. *Dermatosis zooparasitarias*. En: Armijo M, Camacho F, editores. *Tratado de dermatología*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 693-716.
5. Brown S, Becher J, Brady W. *Treatment of ectoparasitic infections*. *Clin Infect Dis*. 1995;1:S104.
6. Cordolioani F, Vasseur E, Baccard M. *Ivermectin responsive crusted scabies in HTLV-1 carrier*. *Dermatology*. 1996;192:315-20.
7. Meikin T, Taplin D, Herminda J. *The treatment of scabies with ivermectin*. *N Engl J Med*. 1995;333:126-30.