



IMÁGENES

Prurito localizado

Localited itching



Andrea Cayuela López*, Consuelo Luna Rodríguez y María Teresa Gómez Valenzuela

Medicina familiar y comunitaria, Centro salud La Ñora, Murcia, España

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2019

Artículo

Varón de 19 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de atención primaria por aparición de lesiones pruriginosas, de tres semanas de evolución, en pene y testículos. Refiere además prurito nocturno intenso en muslos e ingles.

En el examen físico destacan múltiples lesiones nodulares pardas, de aproximadamente 3-5 mm en pene y escroto (figs. 1 y 2). Ausencia de lesiones en otras localizaciones.

Ante la sospecha de escabiosis nodular se inicia tratamiento con permetrina al 5% y ebastina 20 mg con mejoría clínica del prurito. Las lesiones tardaron en desaparecer 5 semanas durante las que se utilizó corticoides tópicos para su resolución.

Hablamos de escabiosis ante la infección producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*¹⁻⁴, un ácaro que se transmite por contacto directo con individuos afectados o con fómites o ropas contaminadas, donde el parásito se mantiene viable de 2 a 5 días^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas aparecen a las 2-3 semanas tras el contagio. El síntoma principal es el prurito, de predominio nocturno, que suele afectar a varios miembros de la familia o de una comunidad cercana².

Se diferencian lesiones relacionadas con la presencia del ácaro (surco y vesícula acarina) y relacionadas con la sensibilización al ácaro o sus productos (pápulas urticarianas,

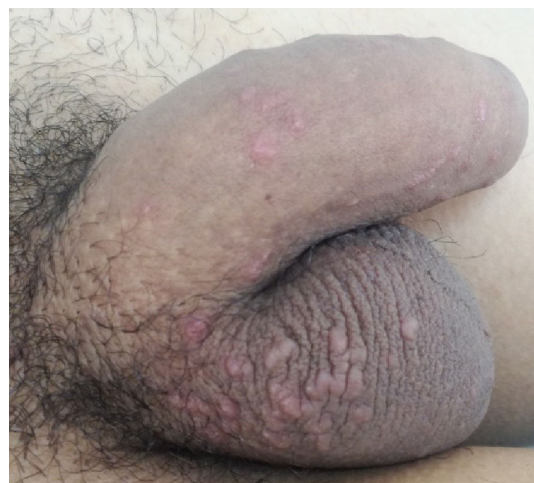


Figura 1 Lesiones nodulares pardas en pene y escroto.

nódulos escabióticos y placas eccematosas)². Las lesiones suelen localizarse en axilas, región periumbilical, muñecas, espacios interdigitales, glúteos, genitales externos en el varón y área periareolar en la mujer^{1,3,4}.

Para el diagnóstico suele ser suficiente la clínica. El diagnóstico de certeza lo aporta la prueba de Müller (se coloca, en un porta, material obtenido mediante el raspado de las lesiones y se aplica una gota de hidróxido potásico o aceite

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreamcayuela@hotmail.com (A. Cayuela López).



Figura 2 Lesiones nodulares en pene.

mineral)^{2,3} o, en casos atípicos y en aquellos donde el examen directo no sea posible, la biopsia de la piel⁴.

La permetrina al 5% en crema es el tratamiento de elección¹⁻⁶, ya que es el tratamiento más eficaz y menos tóxico de los tratamientos tópicos existentes^{3,5,6}. Se aplica sobre las lesiones dejándola actuar entre 6 y 10 horas y se repite el proceso a los 7-10 días². Además se debe lavar con agua caliente y jabón toda la ropa con la que se haya tenido contacto^{2,3}. El tratamiento debe hacerse a todos los miembros del hogar y cualquier contacto sexual (incluso si están asintomáticos)^{2,4-6}.

El lindano al 1% tiene mayores efectos tóxicos por lo que solo debe utilizarse en pacientes que no toleren otro tratamiento o cuando exista fracaso terapéutico^{3,6}.

Otra alternativa de segunda línea es la ivermectina oral, 200 microgramos/kg en dosis única, repitiendo una segunda

dosis a los 14 días. Solo debe emplearse en casos refractarios al tratamiento tópico, pacientes con eczema generalizado, sarna noruega o inmunodeprimidos^{3,4}.

Pregunta

¿Cuál es el tratamiento de primera elección para la escabiosis?

- Pomadas hidratantes.
- Corticoides tópicos.
- Corticoides orales.
- Permetrina al 5% en crema.
- Antihistamínicos orales.
- Lindano al 1%.

Respuesta correcta: permetrina al 5% en crema.

Explicación: la permetrina al 5% en crema es el tratamiento de elección, ya que es el tratamiento más eficaz y menos tóxico de los tratamientos tópicos existentes.

Bibliografía

1. Gioseffo ML, Hernández Gazcónb C, Peronic D, Britosd M, Pazd M, Giardellia M. Escabiosis Arch Argent Pediatr. 2009;107:171-4.
2. Guerra Tapia A. Manual y atlas de las enfermedades genitales del varón. Ed. Glosa. 2008.2:20-25.
3. Tincopa-Wong OW. Escabiosis (sarna) Revisión epidemiológica, clínica, patogénica y Terapéutica. Dermatología Peruana. 2017;27(2.).
4. Chosidow O. Clinical practices Scabies. New England Journal Med. 2006;354:1718-27.
5. Strong M, Johnstone PW. Intervenciones para el tratamiento de la escabiosis. Revisión sistemática Cochrane. 2008:4.
6. Campbell JJ, Paulson CP, Nashelsky J. Clinical Inquiry: What is the most effective treatment for scabies? J Fam Pract. 2017;66:11-2.