

Serie parasitosis en dermatología. Escabiosis

María Luz Bollea Garlatti, Aldana Soledad Vacas, Dariela Capacho Estada,
Luis Agustín Bollea Garlatti, Ana Clara Torre, Paula Enz y Alicia María Kowalczyk

RESUMEN

La escabiosis es una ectoparasitosis pruriginosa producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*, específica del ser humano. Si bien su distribución es universal, con frecuencia es subdiagnosticada por asociarla únicamente a hacinamiento y malos hábitos de higiene. Se transmite por contacto directo con una persona afectada o a través de fómites, por lo que es muy común el contagio de los convivientes. Presentamos un caso de escabiosis en una paciente anciana evaluada por prurito generalizado.

Palabras clave: escabiosis, sarna, *Sarcoptes scabiei*, parasitosis.

SERIES: PARASITOSIS IN DERMATOLOGY. SCABIES

ABSTRACT

Scabies is a human specific pruritic ectoparasitosis produced by the mite *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Although it has a worldwide distribution, it is often underdiagnosed because it is only associated with overcrowding and poor hygiene. It is transmitted by a direct contact with an affected person or through fomites. The transmission to cohabitants is very common. We present a case of scabies in an elderly patient with generalized pruritus.

Key words: scabies, *Sarcoptes scabiei*, parasitosis.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2016; 36(2): 75-78.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 84 años, que fue evaluada por el sector de interconsulta de Dermatología por prurito generalizado. Se encontraba cursando su 4.º día de internación en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires por neumonía adquirida en la comunidad. La paciente vivía en un geriátrico y presentaba como comorbilidades diabetes tipo 2 insulino-requiriente e hipertensión arterial. Refería prurito intenso generalizado de dos semanas de evolución, previo al inicio del cuadro infeccioso actual, que empeoraba por las noches.

Al examen físico (Figs. 1 y 2) presentaba marcada xerosis generalizada y múltiples pápulas y placas eritematosas, algunas con escama superficial y asociadas a excoriaciones por rascado, distribuidas en ambos miembros superiores, principalmente en muñecas, mamas, abdomen e ingles. Algunas lesiones presentaban escamas blanquecinas que impresionaban seguir un trayecto lineal y ondulado

conformando surcos. Mediante dermatoscopia se observó con mayor detalle el surco ya mencionado y en uno de los extremos un elemento triangular de coloración oscura conocido como “signo del ala delta” (Fig. 3). Con la presunción diagnóstica de escabiosis por la epidemiología, la clínica y la dermatoscopia, se realizó escarificado de las lesiones para evaluarlas con microscopio, luego de disuelta la queratina con hidróxido de potasio. Se observó la presencia de múltiples elementos compatibles con *Sarcoptes scabiei*, confirmándose el diagnóstico (Fig. 4). Se indicó aislamiento de contacto de la paciente, colocación de ropa en bolsas negras durante 7 días e ivermectina 12 mg por vía oral en dos dosis separadas por una semana. Se indicó el mismo tipo de tratamiento a los familiares y cuidadores, y se comunicó al geriátrico la necesidad de realizar el tratamiento de los convivientes y fómites.

COMENTARIOS

La escabiosis es una parasitosis cutánea producida por *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*, parásito obligado y exclusivo del hombre. Afecta a todas las edades, razas y grupos socioeconómicos, si bien el hacinamiento contribuye a su contagio. Suele ser subdiagnosticada en muchos países en desarrollo y desarrollados debido



Figura 1. Múltiples pápulas eritematosas que comprometen la región abdominal e inguinal.



Figura 2. Placas eritematosas con escamas blanquecinas en su superficie, algunas de disposición lineal, en mama izquierda.

a la baja sospecha de esta entidad por asociarla solo con malos hábitos de higiene, lo que conlleva un retraso en el tratamiento de los casos primarios.

El contagio se produce por contacto directo o a través de fómites y es muy frecuente entre los convivientes, ya que este ácaro sobrevive 3 días fuera de su huésped. Es importante considerar la escabiosis en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas pruriginosas y eosinofilia, ya que en muchas ocasiones se indican glucocorticoides que pueden empeorar estos cuadros. La falta de diagnóstico precoz favorece su progresión y, por lo tanto, el desarrollo de formas graves como la sarna noruega o eritrodérmica. *Sarcoptes scabiei* adulto mide $0,35 \times 0,3$ mm, por lo que no se reconoce a simple vista. Los ácaros machos y hembras, de 8 patas, copulan en la superficie de la piel y el

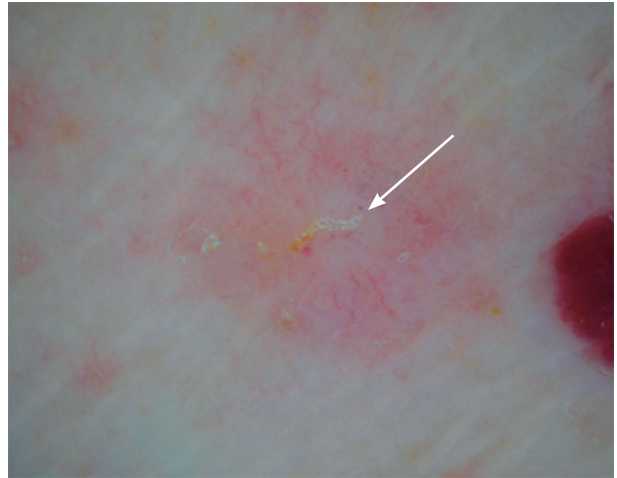


Figura 3. Dermatoscopia (aumento 10x): galería o surco. Se observa en uno de los extremos del surco el "signo del ala delta", correspondiente al cuerpo del ácaro (flecha).

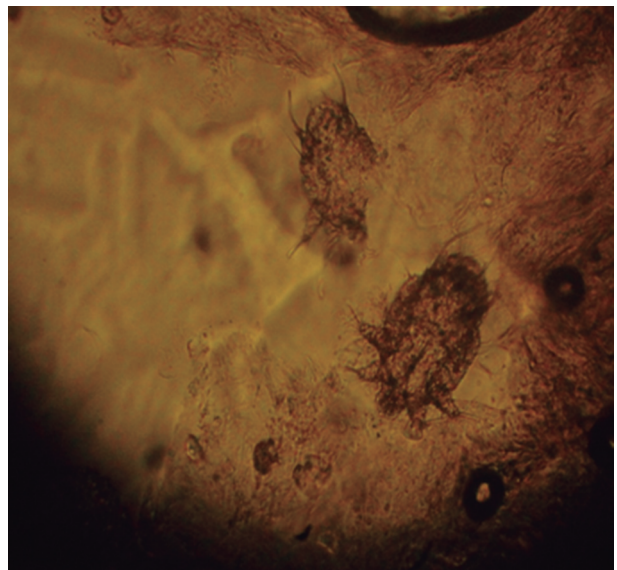


Figura 4. Múltiples *Sarcoptes scabiei* y huevos observados al microscopio óptico.

macho muere posteriormente. La hembra, que puede vivir hasta 30 días, comienza a excavar galerías en el estrato córneo de la epidermis, mientras deposita huevos, hasta 3 por día, y materia fecal, avanzando de 2 a 4 mm diarios. Los huevos eclosionan a los 3 días, y las ninfas salen a la superficie donde maduran y reinician el ciclo, luego de aproximadamente 15 días desde la oviposición.

La clínica es polimorfa y el síntoma cardinal es el prurito, que presenta mayor intensidad durante la noche. El prurito aparece rápidamente en caso de reinfestaciones, pero puede demorar hasta 6 semanas en caso de primoinfección, ya que requiere la sensibilización inmunitaria al ácaro. Dado que el prurito nocturno también es frecuente en otras

dermatosis prevalentes como la dermatitis atópica, deben buscarse otros signos para arribar al diagnóstico correcto. Las lesiones cutáneas están constituidas por pápulas y nódulos eritematosos, que pueden tener descamación y excoriaciones por rascado, así como costras melicéricas por sobreinfección bacteriana secundaria. La lesión patognomónica es el surco o galería, grisáceo, ondulado y parecido a un hilo de 1 a 10 mm de longitud, que se produce a causa del trayecto labrado en la epidermis por el ácaro hembra. Utilizando el dermatoscopio se puede ver el surco con mayor detalle y, en uno de sus extremos, el signo del "ala delta", que corresponde al cuerpo del ácaro. Las localizaciones típicas orientan hacia el diagnóstico: pliegues interdigitales en manos, axilas, abdomen y glúteos. En la mujer, como en nuestro caso, es frecuente el compromiso de la región submamaria, aréolas y labios vulvares. En el hombre, puede haber compromiso de pene y escroto. En niños menores de dos años, dado que la piel es delgada, es frecuente el compromiso de palmas, plantas, cara y cuero cabelludo, localizaciones atípicas en el adulto, salvo en inmunosuprimidos y ancianos.

En casos dudosos puede realizarse un escarificado de las lesiones, preparar la muestra con hidróxido de potasio y visualizarla en el microscopio óptico. Con esta técnica pueden observarse los ácaros adultos de 8 patas, huevos, e incluso elementos redondeados que corresponden a materia fecal. Sin embargo, este estudio no es necesario para iniciar el tratamiento en caso de que la clínica y la epidemiología sean típicas.

Cuando el paciente presenta alguna condición de inmunosupresión, puede aparecer una forma anérgica conocida como sarna noruega o costrosa, extremadamente contagiosa por la presencia de miles a millones de ácaros. Esta presentación se caracteriza por placas hiperqueratósicas o costrosas, que pueden o no ser pruriginosas por la incapacidad del huésped de desarrollar una respuesta inmunitaria, y que pueden extenderse hasta llegar a la eritrodermia. La hiperqueratosis subungueal es característica de la sarna noruega. En la forma hiperérgica de la escabiosis se genera una reacción de hipersensibilidad al ácaro que se manifiesta con la presencia de nódulos posescabióticos, eritemato-violáceos, de 3 a 5 mm, muy pruriginosos y que suelen aparecer incluso después del tratamiento. Estas lesiones son deshabitadas, y los pacientes requieren tratamiento con corticoides locales u orales o ambos, y antihistamínicos.

El diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento de las pertenencias personales y contactos en forma simultánea son esenciales para la curación de la enfermedad. Se describen como tratamientos de primera línea la permetrina al 5% en crema y la ivermectina por vía oral. La permetrina en crema debe aplicarse por la noche desde el cuello hasta los pies, con especial cuidado en los sitios debajo de uñas

de manos y pies, genitales externos y en espacios interdigitales. En niños y en ancianos se debe aplicar también en cara y cuero cabelludo. La crema se retira al bañarse a las 8 horas. Si bien no está comprobado por estudios controlados que aumente su eficacia, se indica repetir la aplicación a los 7 días de la primera a fin de evitar reinfestación por fómites y eliminar ninfas que hubiesen sobrevivido. En algunos centros, la aplicación se repite al 4.º y 8.º día, considerando que los huevos eclosionan en 72 horas. El principal efecto adverso de la permetrina tópica es la dermatitis de contacto. La permetrina está aprobada para su uso en mayores de 2 meses y, si bien pertenece al grupo de fármacos de categoría B para uso durante el embarazo, tanto en embarazadas como en menores de 2 meses se prefiere el empleo de azufre precipitado al 6% en lanolina-vaselina, que se aplica de la misma manera. Si se utiliza la permetrina en embarazadas o en niños entre 2 meses y 2 años, se debe dejar actuar por menos tiempo antes de retirarlo, aproximadamente unas 2 horas.

La ivermectina se utiliza en dosis de 200 µg/kg, en ayunas, en dos dosis separadas por 7 o 15 días. La eficacia de dos dosis es igual a la de permetrina, pero tiene la ventaja de mayor adherencia al tratamiento y la ausencia de dermatitis. No puede utilizarse en pacientes con antecedente de convulsiones o en anticoagulados, embarazadas o mujeres en lactancia materna, ni en niños que pesen menos de 15 kg por la inmadurez de la barrera hematoencefálica. Por su practicidad, se considera de primera elección para el tratamiento en brotes de escabiosis en lugares cerrados como los geriátricos.

El lindano, previamente utilizado como alternativa terapéutica, hoy está prohibido por la ANMAT en nuestro país. La ivermectina tópica, recientemente comercializada en la Argentina para el tratamiento de la pediculosis, también ha demostrado ser eficaz pero se requieren estudios a largo plazo.

La ropa utilizada la semana previa al tratamiento debe ser guardada en bolsas cerradas por 7 días, o puede lavarse y plancharse a altas temperaturas, para evitar la reinfestación a través de fómites.

Es importante explicarle al paciente que, debido a que el prurito se produce por hipersensibilidad al ácaro y que con el tratamiento pueden permanecer elementos de estos en la capa córnea, el prurito puede persistir hasta un mes posterior a un tratamiento efectivo, o hasta tres o cuatro meses si tuvo nódulos hiperérgicos, y no debe interpretarse como falla del tratamiento en ausencia de lesiones.

La sarna canina, originada por el ácaro del perro, produce una infestación frustra en el ser humano que constituye un huésped accidental; las lesiones pruriginosas en sitios de contacto, al no poder completar el parásito su ciclo biológico, se caracterizan por ser autolimitadas y únicamente requieren tratamiento sintomático.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Burkhart CN, Burkhart CG, Morrell DS. Infestations. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 1423-33.
- Burkhart C, et al. Escabiosis, otros ácaros y pediculosis. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, et al, eds. Fitzpatrick

Dermatología en medicina general. 8ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014. p. 2568-77.

- Currie BJ. Scabies and Global Control of Neglected Tropical Diseases. N Engl J Med. 2015;373(24):2371-2.

- Marks M, Taotao-Wini B, Satorara L, et al. Long Term Control of Scabies Fifteen Years

after an Intensive Treatment Programme. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(12):e0004246.

- Rezaee E, Goldust M, Alipour H. Treatment of Scabies: Comparison of Lindane 1% vs Permethrin 5. Skinmed. 2015;13(4):283-6.

- Romani L, Whitfeld MJ, Koroivuetta J, et al. Mass Drug Administration for Scabies Control in a Population with Endemic Disease. N Engl J Med. 2015;373(24):2305-13.