

CASO CLÍNICO

ESCABIOSIS: LESIONES PRURIGINOSAS ALTAMENTE CONTAGIOSAS

Sara Laliena Aznar¹; Elena Corella Aznar¹;

Carmen Campos Calleja²; Virginia Gómez Barrena²

¹ Médico Interno Residente Pediatría

² Médico Adjunto Pediatría. Subespecialidad Urgencias Pediátricas
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. España

Resumen

La escabiosis es una infestación producida por *Sarcoptes scabiei*, caracterizada por lesiones generalizadas pruriginosas. El diagnóstico es eminentemente clínico. Síntomas compatibles en varios miembros de la misma familia se consideran diagnósticos. El tratamiento consiste en la aplicación de Permetrina al 5% en la superficie cutánea.

Palabras Clave: Escabiosis. Sarna. Prurito. Lesiones cutáneas.

Abstract

Scabies is an infestation produced by *Sarcoptes scabiei*. Itchy generalized lesions characterized this pathology. The diagnosis is clinical. Compatible symptoms presented in some members of the same family are considered diagnostic. The treatment is based in the application of Permetrine 5% in all the cutaneous area.

Key Words: Scabies. Mange. Pruritus. Cutaneous lesions.

Introducción

La sarna es la infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, transmitida por contacto directo, con un periodo de incubación de 3-6 semanas. Se trata de un problema de salud pública cuya verdadera incidencia resulta desconocida puesto que con frecuencia es difícil de diagnosticar, y se ve influenciado por diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados.

Caso Clínico

Gemelos de 6 años de origen caucásico, consultan en invierno por exantema generalizado de 1 mes de evolución, con prurito

intenso principalmente nocturno, de difícil autocontrol que ocasiona gran irritabilidad y nerviosismo. Sin otra sintomatología acompañante. No refieren viajes recientes, ni animales en domicilio. Antecedente de tratamiento antihistamínico y corticoideo en pomada sin mejoría.

En la exploración física, destacan lesiones papulo-eritematosas (figura 1), asociadas a lesiones costrosas de 2-3 mm de diámetro algunas de ellas con surco adyacente a la pápula (figura 2), en pliegues axilares, antecubitales y cara interna de brazo, nalgas, cintura y región interdigital (figuras 3 y 4), con escoriaciones e intensa liquenificación en dorso de dedos. El varón presentó lesiones nodulares en dorso del pene y bolsas escrotales.

Ante la sospecha clínica se realizó raspado de las lesiones para el estudio histológico y se inició el tratamiento específico con crema de Permetrina 5%. El resultado del cultivo fue negativo, pero las lesiones mejoraron hasta su desaparición tras el tratamiento.

Discusión

La clínica inicial de la escabiosis es el prurito intenso, predominantemente nocturno, que respeta la cabeza, excepto en los lactantes, y que es debido a una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV frente al parásito, sus heces o sus huevos. Progresivamente aparecen pápulas y surcos, donde se encuentra el parásito; localizados en pliegues interdigitales, muñecas, axilas, pezones, glúteos y órganos genitales. Las lesiones en los niños con frecuencia son más inflamatorias que en adultos, pudiendo presentar se con aspecto vesiculoso. En lactantes el prurito puede estar ausente, y la localización de

las lesiones varía (cuero cabelludo y palmas y plantas), así como su morfología (pápulas, pústulas y vesículas), observándose nódulos en genitales.

Se debe sospechar una escabiosis ante un niño con prurito intenso, que empeora por la noche, y que parece desproporcionado a la cantidad de lesiones presentes en la piel; la visión de las lesiones, su distribución y características morfológicas ayudan al diagnóstico; así como la presencia de síntomas similares en varios miembros de la familia. Un diagnóstico erróneo que motive el uso de corticoides tópicos puede alterar la morfología de la erupción y dificultar el diagnóstico de la escabiosis, incluso puede provocar la evolución de la enfermedad a la forma nodular, más severa y de difícil tratamiento. La confirmación puede establecerse mediante la visión directa y el estudio histológico del raspado de las lesiones, visualizando el ácaro y/o sus huevos. Su rendimiento es variable, por lo que la negatividad de los resultados, no excluye el diagnóstico. La respuesta al tratamiento específico permite el diagnóstico retrospectivo.

El diagnóstico diferencial de la escabiosis es amplio. Para realizarlo es importante considerar la morfología de las lesiones así como la edad de aparición de estas, que pueden excluir algunos de los diagnósticos que lleven a confusión con esta patología. La tabla 1 ofrece una recopilación de los posibles diagnósticos diferenciales ante estas lesiones. La extensión de las lesiones y la edad de los pacientes que suelen consultar por esta sintomatología pueden dar lugar a diagnóstico erróneo de dermatitis atópica mal controlada, lo que lleva a inicio de tratamiento corticoideo, sin resolución de las lesiones.

Una elevada sospecha diagnóstica basada en la topología y morfología de las lesiones, establece la indicación de iniciar el tratamiento, lo cual es de elevada importancia, ya que la población pediátrica es un importante vector de transmisión.

El tratamiento de elección en niños mayores de 2 meses es la crema de Permetrina al 5%. La crema debe aplicarse en toda la superficie

cutánea, desde el cuello hasta la plantas de los pies, incluyendo las áreas bajo las uñas; dado que los niños presentan también infestación en la cabeza, en este grupo de edad la crema debe aplicarse también sobre el cuero cabelludo y la cara, evitando los ojos y la boca. Una vez realizada la aplicación, esta debe mantenerse durante 8-14 horas, procediendo posteriormente al lavado corporal con retirada de la crema. El proceso se repite 1-2 semanas después, ya que los huevos depositados por la hembra maduran en 7 días y alcanzan su estado adulto a las 3 semanas. Otra opción terapéutica es la Ivermectina oral a una dosis única de 200 mcg/kg, repitiéndose pasadas 1-2 semanas a igual dosis. El tratamiento con 2 dosis de Ivermectina oral parece presentar una tasa de curación similar a una sola aplicación de Permetrina al 5%; sin embargo, cuenta con las ventajas de ser más cómoda de administrar, por lo que mejora el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, el uso de Ivermectina oral debe desaconsejarse en niños menores de 15 kg y en mujeres embarazadas o lactantes.

Se recomienda el lavado de la ropa a altas temperaturas o guardarla en una bolsa cerrada durante 7-10 días. Tras la aplicación del tratamiento adecuado el picor puede durar 1-2 semanas por la reacción de hipersensibilidad generada hacia el ácaro y sus huevos. El tratamiento antihistamínico se recomienda para aliviar estos síntomas. Es importante que todos los miembros de la familia se realicen el tratamiento, presenten o no sintomatología.

Referencias

1. Guía-ABE_Sarna (v.1.0/2014). Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.
2. Sánchez-Largo Uceda ME, Sanz Robles H, García Romero D, Zarco C. Sarna neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(5):538-44.
3. Martínez Ruiz R, Morán Horna O, Millán Pérez R, Orden Martínez B. Escabiosis en lactante. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(2):184-93.
4. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies. 2015 Uptodate.

5. García-Patos Briones V. Escabiosis. Protocolo de Dermatología. AEPED.
6. García Dorado J, Alonso Frailes P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral* 2012; XVI(4): 301-320
7. Goldstein B. Scabies. *Uptodate*, 2016
8. Bilan P et al. Gale hyperkératosique favorisée par l'utilisation de dermocorticoïdes: à propos d'un cas. *Arch Pediatr*. December 2015, Vol 22(12):1292-1294

Figura 1. Lesiones papulosas en brazo



Figura 2. Lesiones costrosas con surco adyacente



Figura 3. Lesiones en pliegues interdigitales



Figura 4. Lesiones en pliegues interdigitales



Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las lesiones de escabiosis en la edad pediátrica

<p>I. Erupciones generalizadas pruriginosas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatitis de contacto 2. Dermatitis atópica 3. Toxicodermias 4. Sudamina 5. Exantemas víricos 6. Urticaria 	<p>IV. Enfermedades ampollasas</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dermatitis herpiforme (2) Penfigoide ampolloso (3) Impétigo ampolloso (4) Eritema polimorfo (5) Larva migrans cutánea
<p>II. Enfermedades vesiculosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurigo por insectos • Varicela 	<p>V. Enfermedades papulonodulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mastocitosis • Linfomas y leucemias
<p>III. Enfermedades pustulosas del neonato y del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> • No infecciosas <ul style="list-style-type: none"> • Eritema tóxico neonatal • Acropustulosis infantil • Melanosis pustulosa neonatal transitoria • Foliculitis pustulosas eosinofílica infantil • Acné neonatal • Miliaria pustulosa • <i>Incontinentia pigmenti</i> • Histiocitosis X • Infecciosas <ul style="list-style-type: none"> • Bacterianas: <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i>, <i>Streptococcus beta hemolyticus</i> grupo B • Víricas: Herpes virus • Micóticas: <i>Malassezia furfur</i>, candidiasis, dermatofitos 	<p>VI. Enfermedades eritematoescamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis • <i>Pitiriasis rubra pilaris</i> • Pitiriasis rosada • Liquen plano • Enfermedad de Darier

Fuente: García Dorado J, Alonso Frailes P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral* 2012; XVI(4): 301-320