Capítulo XVI

Escabiosis

Maria de los Ángeles Roversi, MD, MSc
Oficina de Recursos Educacionales,
Federación Panamericana de
Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina

Juan Guillermo Chalela, MD
Sección de Dermatología
Fundación Santa Fe de Bogotá

El nombre de esta afección proviene del parásito que la origina, *Sarcoptes scabiei*, que deriva del griego *sarx: relámpago*, *kopetín: cortante* y del *latin scabere: surco.*

El término escabiosis, se refiere a una patología cutánea que ha sido reconocida como una enfermedad por mas de 2500 años. La escabiosis fue definida por los Romanos como una enfermedad pruriginosa de la piel; posteriormente, en el siglo XVII, Giovanni Cosimo Bonomo identificó al ácaro como el causante de esta patologia.

La escabiosis es una infestación cutánea debida al ectoparásito *Sarcoptes scabiei*, de la variedad *hominis;* se trasmite por contacto directo con individuos afectados, siendo la infestación también probable, aunque menos factible, a través del contacto con fomites o ropas contaminadas, donde el parásito se mantiene viable de 2–5 días.

Es posible la trasmisión del *Sarcoptes scabiei no hominis* entre animal y hombre; este hecho ha sido documentado en caballos, camellos, llamas, ovejas, zorros y más comúnmente en perros; no obstante, esta infección es autolimitada.

El ácaro excava la epidermis del huésped con sus mandíbulas y sus patas frontales y su tiempo de vida es de 30 – 60 días; durante este periodo la hembra deposita 3 huevos por días y menos del 10% se tornan larvas maduras que dejarán la piel.

Una reacción de hipersensibilidad tipo IV debido al ectoparásito, a sus huevos o a sus heces, ocurre aproximadamente a los 30 días de la infestación y es la responsable del intenso prurito característico de la enfermedad; sin embargo, individuos que han sufrido una infestación previa (sensibilizados) pueden manifestar la sintomatología en horas.

EPIDEMIOLOGÍA

La escabiosis se ha relacionado con la pobreza, hacinamiento y limitado acceso al agua.

En países desarrollados se le considera una epidemia que ocurre cada 7 a15 años y refleja el estado inmunológico de la población. En países subdesarrollados es una endemia que afecta millones de personas, sin predilección de sexo o raza. Es más común en niños (<15 años), inmunocomprometidos y ancianos

institucionalizados, asociándose en adultos jóvenes con contactos sexuales.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica: antecedentes de prurito intenso, especialmente en las noches, y exacerbación de este síntoma que obliga al paciente a buscar atención médica. Se debe indagar la presencia de prurito en otros miembros de la familia, compañeros sexuales y presencia de mascotas.

Examen físico: se pueden observar lesiones primarias o secundarias. Las lesiones primarias son en forma de túnel curvo, de 2-5 milimetros de largo, ligeramente elevadas y de color rosado. Un punto oscuro ubicado al final de la lesión evidencia la presencia del ácaro. Las localizaciones más frecuente de estas lesiones son: espacios interdigitales, superficies flexoras de la muñeca, codo, axila, línea del cinturón, pies, parte baja de la espalda, escroto en los hombres y la areola en la mujer. Vesículas o pápulas pueden ser vistas cerca de las lesiones primarias, además de lesiones secundarias a rasguños o rascado. La presencia de lesiones con apariencia de impétigo sugieren infección bacteriana secundaria.

La **escabiosis costrosa** o **escabiosis Noruega** es una forma atípica que ocurre en pacientes inmunocomprometidos o en ancianos institucionalizados que son infectados por miles de parásitos y presentan lesiones hiperqueratósicas poco pruriginosas. Esta forma de la enfermedad suele ser resistente al tratamiento y por consiguiente fuente de continua infección.

La **escabiosis nodular** ocurre en 7–10 % de los pacientes infestados y se manifiesta en forma de nódulos que varían de color rosa a marrón, donde usualmente no se encuentran parásitos.

Las **lesiones secundarias** ocurren principalmente por rascado. Son excoriaciónes, eritrodermia o dermatitis eczematosa generalizada. La piodermitis y el impetigo, son frecuentes en niños.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La escabiosis debe ser doiferenciada de dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis herpetiforme, impétigo, picaduras de insectos, dermatitis seborreica, psoriasis y sífilis entre otras.

El diagnóstico es esencialmente clínico. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza raspando 6-7 veces la lesión con una hoja de bisturí No. 11, evitando el sangrado; el material obtenido se coloca en un portaobjeto con KOH y se examina con microscopio de luz con un objetivo 40x para determinar la presencia de huevos, larvas o del propio ácaro.

Cuando se sospecha de escabiosis Noruega, se debe añadir hidróxido de potasio al 10% al material a ser examinado con el microscopio, sustancia que disminuye los restos de queratina.

Otro examen que puede utilizarse es la determinación de inmunoglobulina E, que en estos de escabiosis se encuentra elevada.

La histología de la lesión reporta el ácaro y sus huevos dentro del estrato córneo y un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, histiocitos, eosinófilos y ocasionalmente neutrófilos. En la escabiosis Noruega se encuentra una hiperqueratosis con infiltrado inflamatorio e innumerables parásitos. En la escabiosis nodular hay un denso infiltrado inflama-

torio mixto alrededor de los vasos sanguíneos de la dermis y grasa subcutánea, siendo la presencia de ácaros infrecuente.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es eliminar el parásito y disminuir la sintomatología. Todos los miembros de la familia y contactos cercanos deben recibir tratamiento.

1. ANTIPARASITARIOS

Uso tópico

a. **Permetrina** crema al 5% en adultos y niños mayores de dos meses se aplica en todo el cuerpo y se deja actuar por 12 horas. Este procedimiento debe repetirse en una semana.
b. **Lindane** 1% en loción o crema, sólo recomendado en adultos; se aplica una capa fina que se deja actuar por 10 horas, repitiendo la dosis en una semana. Puede causar neurotoxicidad, aunque es rara.
c. **Crotamitón** en crema o loción al 10%, se aplica en todo el cuerpo durante dos noche consecutivas, retirando el medicamento con agua a las 24 horas de la última aplicación. Este medicamento es recomendado en niños y mujeres embarazadas.

Vía Oral

La **ivermertina** actúa a nivel del SNC del parásito, y la dosis es de 9-18 mg- vía por vía oral, en dos tomas separadas por una semana. Esta droga se usa cuando la medicación tópica es difícil, como en infecciones diseminadas, en ancianatos o en instituciones similares.

Otros medicamentos

Antihistamínicos, en caso de prurito intenso.
Antibióticos, cuando se comprueba sobreinfección o impétigo de las lesiones.

RECOMENDACIONES

La ropa, sábanas y toallas deben ser lavadas con agua caliente y luego expuestas al sol al tiempo que se aplica el tratamiento médico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Angel TA, Nigro J, Levy ML. Infestations in the pediatric patient. Pediatr Clin North Am 2000; 47:921-935.
2. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet 2000; 355:819-26.
3. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez MI. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. Am J Clin Dermatol 2002; 3:9-18.
4. Chouela EN, Abeldano AM, Pellerano G, et al. Equivalent therapeutic efficacy and safety of ivermectin and lindane in the treatment of human scabies. Arch Dermatol 1999; 135:651-655.
5. Giudice P. Ivermectin in scabies. Curr Opin Infect Dis 2002 ;15:123-126.
6. Mahe A. Bacterial skin infections in a tropical environment. Curr Opin Infect Dis 2001; 14 :123-126.
7. Tuzun B, Saygin A, Wolf R, Ozdemir M, Tuzun Y .Anogenital lesions (viral diseases and ectoparasitic infestations): unapproved treatments. Clin Dermatol 2002; 20: 668-671.
8. Walton SF, McBroom J, Mathews JD, Kemp DJ, Currie BJ. Crusted scabies: A molecular analysis of Sarcoptes scabiei variety hominis populations from patients with repeated infestations. Clin Infect Dis 1999; 29:1226-1230.