

Escabiosis en el Paciente Pediátrico

* Dagoberto Espinoza Figueroa

Etiología y Epidemiología

La escabiosis es una enfermedad dermatológica infecto-contagiosa sumamente pruriginosa causada por *Sarcoptes scabiei var humanus* ⁽¹⁾. Es además conocida como sarna o rasquiña. Se da en ambos sexos y en todas las razas y edades. La escabiosis se transmite de persona a persona por contacto no casual. Es controversial la transmisión a través de la ropa de vestir y ropa de cama contaminadas (fomites). Puede haber transmisión por contacto sexual lo que debe sospecharse en pacientes cuando predominan las lesiones en el área genital. En el mundo se reportan aproximadamente 300 millones de casos al año de escabiosis. La frecuencia de esta enfermedad es mayor en los países en vías de desarrollo, presentándose en los países desarrollados solamente en epidemias dentro de instituciones como los asilos de ancianos, orfanatos, prisiones, etc ^{(2) (3)}.

Introducción

En Honduras, como en el resto del mundo son especialmente vulnerables a esta enfermedad los grupos en los extremos de la vida, con presentaciones clínicas muy variadas que se dan en la población pediátrica. A pesar de que el tratamiento es relativamente sencillo y que en Honduras se cuenta con medicamentos adecuados para su tratamiento, existen muchos mitos en relación a como debe manejarse. El esquema terapéutico que se escoja deberá adecuarse a las necesidades del paciente como al entorno familiar.

El propósito de este artículo es hacer una revisión lo más actualizada del diagnóstico y tratamiento, con un enfoque a la población pediátrica.

Patogénesis

Sarcoptes scabiei var humanus es específico para el ser humano. Pertenece al phylum Arthropoda, clase Arácnida, orden Acariformes, suborden Acaridia y familia Sarcoptidae. La hembra crea surcos dentro y por debajo del estrato córneo al liberar una sustancia que disuelve las escamas de piel para luego ser digeridas. Deposita 3 huevos por día que evolucionan a ninfas para luego convertirse en adultos. El promedio de vida de una hembra adulta es de 4-6 semanas período durante el cual excava a una velocidad de 0.5mm por día y depositando un total de 50 huevos. Los adultos pueden vivir hasta 36 horas fuera de la piel ⁽⁴⁾.

Las lesiones dermatológicas surgen por una reacción inmune a la presencia del sarcoptes en la piel, ocurriendo generalmente un mes después de la infestación. El rascado ayuda a autolimitar el grado de infestación. La reacción inmune que se produce no es lo suficientemente fuerte como para erradicar los parásitos o como para inducir inmunidad a infestación por sarcoptes. La reinfestación produce los mismos síntomas en 24-48 horas, lo cual ayuda a controlar el nivel de infestación ⁽⁴⁾.

En pacientes inmunosupresos o neurológicamente incapacitados la respuesta inmune al parásito está alterada y el número de parásitos puede ser enorme, produciéndose la Sarna Noruega.

Manifestaciones Clínicas

En este artículo el principal enfoque es la descripción de las variantes de escabiosis que el médico puede encontrar en la población pediátrica y las diversas opciones terapéuticas disponibles para estos pacientes.

El síntoma principal de la escabiosis es el prurito. Este predomina por las noches. La lesión elemental de la escabiosis es el surco escabiótico, aunque es difícil de encontrar. El surco es una pequeña línea tortuosa que se observa más fácilmente en las manos.

La localización de las lesiones va a variar con la edad, actividades y sexo del paciente. De esta manera es más común que se presente en manos, especialmente interdigital y en cara lateral de los dedos en los adultos. Las lesiones areolares son características en los infantes presentándose como eczema de pezón.

En las mujeres las lesiones mamarias son comunes. En todas las edades los pliegues son los sitios que se deben investigar (carpal, antecubital, axilar). Las lesiones periumbilicales son muy características al igual que las glúteas. La presencia de nódulos pruriginosos en el pene, (independientemente de la edad) es muy sugestiva de escabiosis.

Como se mencionó antes, la identificación del surco escabiótico o de los nódulos en el pene son característicos de la enfermedad, pero no se encuentran siempre. Se deben buscar pápulas pequeñas (1-2mm) en los sitios de pliegue antes mencionados, borde axilar anterior, glúteos, mamas, abdomen (con distribución periumbilical). Se encuentra una constelación de pápulas, pápulo-vesículas, pápulo-pústulas, pápulas excoriadas y excoriaciones.

El médico debe tomar en consideración que el rascado crónico se puede presentar solamente con áreas liquenificadas (hiperpigmentación, hiperqueratosis, hiperlinealidad) o áreas eczematosas y en algunos casos impetiginizadas, que pueden estar obscureciendo el cuadro principal del paciente.

Existen presentaciones especiales de escabiosis que deben tomarse en consideración:

Escabiosis del paciente aseado, escabiosis incógnito, escabiosis nodular, escabiosis de los ancianos, escabiosis en inmunosupresos, Sarna Noruega, escabiosis del infante, escabiosis bulosa.

En los bebés las lesiones de escabiosis pueden causar confusión. Pueden ser los primeros de la casa en presentar síntomas de escabiosis y generalmente son los más severamente afectados. Las lesiones vesiculopustulosas en palmas y plantas son comunes. A diferencia de los adultos, en lactantes las lesiones en cara y cuero cabelludo son comunes.

En infantes las lesiones nodulares son bastante comunes y pueden predominar tanto en ellos que puede confundirse el diagnóstico con urticaria pigmentosa, histiocitosis de células de Langerhan's, prurigo por insectos y hasta linfoma⁽³⁾.

La Sarna Noruega o Sarna Costrosa se caracteriza por la proliferación de los ácaros debido a la limitada respuesta inmune del huésped hacia la infestación. En estos casos el prurito puede ser escaso o estar ausente o el huésped puede ser incapaz de rascarse.

La lesión característica es la costra hiperqueratósica que puede presentarse en palmas y plantas, subungueal y puede darse en todo el cuerpo incluyendo cara y cuero cabelludo. Estos pacientes deben ser detectados de forma temprana ya que son altamente contagiosos y es común encontrarlos en asilos de ancianos e instituciones para enfermos mentales.

La lista de diagnósticos diferenciales es grande para la escabiosis y debe plantearse según la edad del paciente. Debe sospecharse siempre en el paciente pediátrico que presenta dermatosis pruriginosa de inicio súbito y con afección de otros miembros de la familia.

Las lesiones vesiculopustulosas plantares del lactante pueden confundirse con la acropustulosis infantil⁽⁶⁾⁽⁷⁾. En infantes las

lesiones pueden asemejar la dermatitis atópica, dermatitis por contacto, picaduras de insectos e impétigo. La Sarna Noruega puede confundirse con dermatitis seborreica o psoriasis (7).

El diagnóstico es generalmente clínico pero puede necesitarse la confirmación laboratorial. Se pueden obtener raspados de piel montados en una laminilla de microscopio con aceite de inmersión.



Foto1: Lesiones de escabiosis en tórax de lactante. Nótese las lesiones en diferentes estadios evolutivos (pápulas, vesículas, máculas residuales) y el eczema característico del pezón.



Foto 2: Lesiones con predominio vesiculoso. No hay excoriación por la falta de rascado en el neonato.

TRATAMIENTO

El manejo de la escabiosis consiste en la erradicación del parásito del paciente y miembros de la familia, control del prurito y manejo de complicaciones (sobreinfección bacteriana).

En cuanto al prurito el uso de antihistamínicos por vía oral está indicado y tanto el paciente como sus padres deben entender que aun eliminado el parásito el prurito puede persistir por unos días más y debe continuar el antihistamínico (4). Pueden agregarse cremas con corticoides para control del prurito.

En algunos pacientes se deben indicar antibióticos tópicos y/o sistémicos para los procesos infecciosos sobreagregados. Las lesiones nodulares pueden ser de difícil y largo manejo, actualmente se indican nuevos medicamentos como el pimecrolimus (8). Si existe irritación severa o infección, estas deben ser tratadas antes de iniciar el manejo con escabicida. Debe hacerse énfasis en la familia de la importancia del tratamiento de todos los miembros de la familia.

Hasta hace poco tiempo todos los escabicidas eran tópicos que actuaban a nivel del sistema nervioso del parásito. Tienen efectos adversos que deben conocerse para el adecuado manejo del paciente.

El Lindano (hexacloruro de γ -benceno) es un organocloruro cuyo efecto neurotóxico radica en la liberación presináptica de neurotransmisores en el parásito. Se aplica al 1% en crema o loción y se deja aplicada por 8-12 horas.

Se recomienda una segunda aplicación 1 semana después. Puede ser neurotóxico para el ser humano manifestándose como convulsiones y puede ser fatal. Debe evitarse en pacientes con enfermedades neurológicas, mujeres embarazadas o lactando, ancianos y menores de 2 años. Los síntomas de intoxicación por Lindano son cefalea, náusea, vómitos,

temblor, convulsiones, coma y muerte ^{(3) (9) (10)}. La mayor parte de los casos de toxicidad por lindano se presentan cuando se usa existiendo contraindicaciones o cuando se excede la dosis.

El azufre precipitado es otra opción en el manejo de la escabiosis. Es el tratamiento mas antiguo para la escabiosis y Celso lo utilizó en el año 25 A.C. ^{(3) (11)}. El azufre se utiliza en un vehículo (vaselina) a una concentración del 2-10%, el autor prefiere usarlo al 6%, debido a que a esta concentración mantiene su función escabicida con mínima irritación. Después de un buen baño se aplica al paciente en toda la piel por 3-4 noches consecutivas sin bañarse. El azufre tiene la ventaja de ser un tratamiento barato, con baja toxicidad, desafortunadamente tiene mal olor y es incómodo en climas cálidos. Por lo anterior se indica solamente en pacientes en los que esta contraindicado alguno de los otros medicamentos.

El crotamitón (crotonyl-N-ethyl-o-toluidine) se usa en crema al 10%. Una sola aplicación ofrece un éxito en 50-70% de los pacientes y se han visto los mejores resultados en esquemas de dos veces al día por 5 días después del baño. Puede irritar cara y escroto. Se le adjudican propiedades antipruriginosas, pero aun no se ha demostrado en estudios ^{(3) (12)}.

La permetrina es un piretroide sintético y un potente insecticida. Las cremas de permetrina al 5% se absorben escasamente por la piel y son metabolizadas por esteroides de piel con casi escasa toxicidad para los mamíferos ^{(3) (4) (12)}. Se aplica en toda la piel por la noche cada semana por 2 aplicaciones. Es el más novedoso y eficaz tratamiento tópico para la escabiosis ^{(3) (12)}. Es seguro en lactantes (puede usarse a partir de los 2 meses de vida), ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas ^{(4) (12)}. Debido a su facilidad de aplicación, baja toxicidad, excelente función escabicida con baja resistencia del parásito, es la droga tópica de elección del autor.

La ivermectina es un medicamento sistémico, similar a los macrólidos (sin actividad antimicrobiana), actúa suprimiendo la producción de impulsos nerviosos en insectos estimulando el ácido gamma amino butírico en la placa presináptica.

Se trata la escabiosis con una dosis de 0.2mg/kg dosis única. Una sola dosis del medicamento prácticamente carece de efectos adversos en el ser humano pero, se han reportado cefaleas, tinnitus, mialgias, artralgias, adenopatías, fiebre y erupciones cutáneas. Estos efectos se observaron más en pacientes en tratamiento para filariosis. Está contraindicada en embarazadas, menores de 5 años o que tengan enfermedades del sistema nervioso central ^{(4) (12)}.

Las fallas terapéuticas pueden deberse a diagnóstico incorrecto, aplicación inapropiada, reinfestación y resistencia al medicamento. Debe explicársele al paciente y sus padres que el prurito puede persistir una o más semanas después del tratamiento, sin que signifique que exista una falla terapéutica ^{(3) (4) (13)}.

CONCLUSIÓN

La escabiosis es una enfermedad antigua que acompaña al hombre, especialmente en países en vías de desarrollo y en lugares de hacinamiento. El parásito es débil y está confinado al ser humano, ya que no subsiste fuera de la piel. A pesar de ello, es difícil de erradicar ya que implica la cooperación de todos los miembros de la familia "aunque no les pique". Las drogas modernas con que se cuenta son una gran arma y debe idearse un plan terapéutico que se acople a cada familia.

Agradecimiento

Fotos cortesía Dra. Carolina Arita (Médico Residente II Dermatología).

BIBLIOGRAFÍA

1. Orkin M, Maibach H. Scabies and Pediculosis, en *Dermatology in General Medicine*, 6ta Ed, Nueva York: McGrawHill ;2004:2677-2684
2. Alexander JOD en *Arthropods and skin*. Berlin: Springer-Verlag; 1984:50-5
3. Karthikeyan K, Treatment of scabies: newer perspectives *Postgrad. Med. J.* 2005;81:7-11
4. Prendiville J, Scabies and lice, en *Textbook of Pediatric Dermatology*, London: Blackwell Science, 2000
5. Humeau S, Bureau B, Litoux P et al. Infantile acropustulosis in six migrant children. *Pediatr Dermatol* 1995;12:211-14
6. Prendiville J Acropustulosis of infancy; how often is it a sequela of scabies? *Pediatr Dermatol* 1995;12:275-6.
7. Duran C, Tamayo L, de la Luz Orozco M, Ruiz-Maldonado R. Scabies of the scalp mimicking seborrheic dermatitis in immunocompromised patients. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 136-8.
8. Almeida HL Jr. Treatment of steroid-resistant nodular scabies with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53 (2):357-8.
9. Solomon LM, Fahrener L, West DP. Gamabenzene hexachloride toxicity: a review. *Arch Dermatol* 1977; 113:353-7
10. Ramussen JE. The problem of lindane. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:507-16.
11. Roos TC, Alam M, Roos S, et al. Pharmacotherapy of ectoparasitic infections. *Drugs* 2001;61:1067-88.
12. Hogan DJ, Schachner L, Tanglerstampam C. Diagnosis and treatment of childhood scabies. *Pediatr Clin North Am* 1990;38:941-56