

módulo 2

Patología inflamatoria (eccemas), patología infecciosa y parasitaria

1. Dermatitis atópica
2. Otros eccemas: dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, eccema medicamentoso
3. Psoriasis
4. Infecciones por hongos (I): micosis cutáneas en general, candidiasis, pitiriasis versicolor
5. Infecciones por hongos (y II): pie de atleta, onicomicosis
6. Infecciones por virus: herpes, *molluscum*, verrugas
7. Infecciones bacterianas de la piel
8. Parasitosis: pediculosis, sarna, enfermedades importadas

Parasitosis: pediculosis y sarna

Mireya Suárez Hurlé

Farmacéutica comunitaria. Vocal de la Junta de Gobierno del COF de Asturias

La parasitosis se define como la patología debida a la infestación por organismos unicelulares o pluricelulares eucariotas no fúngicos. Estos organismos se dan en todos los hábitats humanos, si bien el tipo predominante está íntimamente relacionado con el entorno.

En esta monografía, integrada en un curso de dermatología, nos ocuparemos de las ectoparasitosis. En España las más comunes son la pediculosis y la sarna, y a ellas nos ceñiremos, pero debemos tener presente que en los últimos años la creciente globalización, los viajes a destinos lejanos y los movimientos migratorios han dado lugar a la aparición de nuevas parasitosis poco comunes hasta ahora en nuestro país.

Pediculosis

Descripción

Concepto

Se denomina así a la infestación por piojos altamente contagiosa y de elevada incidencia en nuestro entorno, especialmente la que se refiere a casos de infestación por «piojos del cabello» en niños en edad escolar.

Los piojos son insectos artrópodos hematófagos. Miden entre 2 y 4 mm, y tienen un color blanquecino que se torna en marrón rojizo después de haberse alimentado. Tres especies parasitan exclusivamente al hombre:

- *Pediculus humanus var. capitis*, o piojo de la cabeza.
- *Pediculus humanus var. corporis*, o piojo del cuerpo.
- *Pthirus pubis* o ladilla.

Los piojos de la cabeza y del cuerpo son anatómicamente similares, aunque difieren en su localización. El *Pthirus pubis* presenta un tamaño algo menor con una forma más triangular.

No saltan ni vuelan, pero son capaces de desplazarse con gran agilidad y rapidez, fijándose a los pelos mediante unas finas uñas en forma de garra.

© ARCHIVO DR. SÁNCHEZ REGAÑA



Pediculosis capitis

El piojo hembra deposita los huevos operculados o liendres, con una secreción viscosa adherente a unos 2 mm de la raíz del cabello. Estos huevos eclosionan a los 5-10 días de la puesta, y de ellos salen unas larvas con aspecto de adultos que maduran en unas dos semanas; el promedio de vida de los adultos es de 35 a 40 días, y cada hembra puede llegar a poner entre 200 y 300 huevos.

Localización

El piojo de la cabeza se aloja en el cuero cabelludo, sobre todo en la nuca y detrás de las orejas; las liendres se adhieren al pelo. El piojo del cuerpo suele localizarse alrededor del cuello, en tronco, axilas, cintura, nalgas, ingles y otras zonas de presión, donde el insecto se traslada periódicamente desde las ropas para alimentarse. El *Pthirus pubis* se expande por la zona genital, adhiriéndose al pelo.

Clasificación y clínica

- «*Pediculus capitis*»

La clínica generalmente es benigna; se manifiesta principalmente prurito del cuero cabelludo, o sensación de hormigueo, aunque muchos pacientes permanecen asintomáticos. El prurito puede tardar de 4 a 6 semanas en aparecer después de la primera infestación; se produce

como respuesta inmunitaria a la saliva que el piojo inocula al succionar la sangre.

En algunos casos, si el prurito es intenso, pueden producirse excoりaciones por rascado, eccemas y sobreinfecciones bacterianas. También es posible que aparezcan poliadenopatías cervicales y occipitales, malestar e irritabilidad.

No son vectores de agentes infecciosos.

• «Pediculus corporis»

Aparece prurito intenso y puede desencadenarse una reacción alérgica con urticaria; es posible observar arañazos e incluso lesiones inflamatorias, a veces infectadas, y excoりaciones verticales que pueden originar lique-nización y piel hiperqueratinizada en infestaciones masivas.

Pueden actuar como vector de transmisión de enfermedades infecciosas sistémicas eventualmente graves, como la fiebre de los cinco días o quintana (*Bartonella quintana*), el ti-

fus epidémico (*Rickettsia prowazekii*) y la fiebre recurrente o borreliosis (*Borrelia recurrentis*).

• «Pthirus pubis»

El principal síntoma es el prurito, sobre todo nocturno, y, ocasionalmente, el desarrollo de reacciones alérgicas, siendo característica la aparición de manchas azulado-grisáceas (manchas cerúleas) sobre la parte inferior del tronco y el interior de los muslos, fruto de una transformación pigmentaria mediada por un compuesto liberado por el parásito.

No son vectores de enfermedades.

Transmisión

En el caso del piojo de la cabeza, la transmisión es por contacto directo o bien a través de fómites como cepillos, gorras, peines, etc., aunque hay que tener en cuenta que los piojos no viven fuera del cuerpo humano más de 48-72 horas.

El piojo corporal se transmite de igual modo, pero existen más posibi-

lidades de contagio a través de la ropa de cama, toallas, etc., de modo que en este caso sí existe una relación entre la infestación y la falta de higiene, el hacinamiento, etc.

En el caso de *Pthirus pubis* el contagio es fundamentalmente por contacto sexual, aunque también se han documentado contagios en lavabos, a través de la ropa de cama, etc.

Diagnóstico

En general, el diagnóstico se lleva a cabo por la observación directa del parásito, identificando adultos y liendres que se buscan sobre todo en la nuca y en la región retroauricular. Como norma general, se visualizan mejor las liendres que los piojos adultos, ya que el número de liendres es mayor que el de adultos y además el piojo adulto huye de la luz. Hay que tener en cuenta que la presencia únicamente de liendres no significa que haya una infestación activa, puesto que las liendres situadas a más de 6,5 mm

Preparados pediculicidas		
Composición	Presentación	Algunas marcas
Permetrina	Loción	Cruz verde loción [®] , Permetrina 1,5% OTC gel-loción [®] Filvit-P loción, Quellada permetrina loción
	Solución alcohólica espuma solución capilar	Drecap loción Permetrina 1,5% solución alcohólica OTC [®] Acoderm espuma antiparasitaria, Ass y espuma antiparasitaria
Fenotrina	Loción	Nosa loción [®] , Mitigal [®] , Sarpex antiparasitario [®] , Antipiox [®]
Malatión	Loción	Filvit loción [®]
Permetrina + butóxido piperonilo (BP)	Loción	Goibi [®] , Parasitrin [®] con permetrina, Kife P [®] loción antiparasitaria
	Crema	Permetrina 1,5% plus OTC crema
Fenotrina +BP	Loción	Cusitrin plus [®] loción
Piretrinas + BP	Espuma	Goibi plus [®] Milice [®] espuma
Aletrinas + BP	Spray	Vapio [®] spray antiparasitario
Permetrinas + BP + malatión	Loción/spray	Paraplus [®]
Siliconas	Loción	Neositrin [®] , Full marks [®] solución, Stop piojos [®] , Itax [®] , Liberalice [®]
Siliconas + «Quassia amara»		Quit Nit Advance [®] crema

Modificada de la tabla que aparece en *Pediculosis en cuero cabelludo*. Sendagaiak. 2008(21);4.

Recomendaciones para el paciente

- Sólo deben tratarse con pediculicidas las infestaciones activas, es decir, cuando se observan piojos adultos. Las liendres deben eliminarse de forma mecánica. No deben usarse pediculicidas a título profiláctico.
- Los tratamientos deben aplicarse con el cabello seco.
- El pediculicida debe mantenerse en el pelo cierto tiempo: de 15 a 30 minutos para piretrinas y de 8 a 12 horas en el caso de malatión y siliconas. A continuación, debe enjuagarse y lavarse el pelo con champú neutro y peinar con la leñera.
- El tratamiento pediculicida debe repetirse a los 7-10 días (excepto en el caso del malatión, que sólo se repetirá si se ven piojos adultos vivos).
- El prurito puede permanecer hasta 7-10 días después de la eliminación de los piojos, sin que esto indique la presencia de infestación activa.
- Los niños afectados, una vez tratados, pueden reincorporarse a las clases con normalidad.

Prevención

- Si hay un brote de piojos en el colegio, se recomienda revisar el cabello húmedo con una leñera al menos una vez a la semana.
- Evitar que los niños compartan peines, gorras, cintas del pelo, horquillas, etc. Aunque la desinfección de los fómites para prevenir el contagio constituye un tema controvertido, se recomienda la desinfección de peines, cepillos y otros objetos con alcohol, agua caliente u otros insecticidas o, cuando esto no sea posible, almacenarlos en bolsas de plástico cerradas a 25-30° durante al menos 15 días.
- Recientemente se ha comercializado algún repelente para piojos (p. ej., Repelice®), que en realidad es un repelente de insectos no específico para los piojos; puede utilizarse para evitar el contagio o la reinfestación. Se aplica sobre el pelo seco y su efecto dura varios días. No debe usarse en menores de 2 años.

de la raíz son consideradas inactivas; para considerar que estamos ante una infestación activa es preciso encontrar al menos un piojo adulto.

La búsqueda de los parásitos se lleva a cabo a través de un minucioso peinado del cabello húmedo (con la humedad, los parásitos se mueven más lentamente) con un peine de puntas finas (leñera). La exploración debe hacerse con luz potente y colocando una toalla blanca para poder observar mejor los piojos.

Los piojos adultos son del tamaño de un grano de sésamo y pueden ser

blancuzcos o marrónceos si han ingerido sangre. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con otros insectos, pitiriasis seca, caspa, gotas de gel, costras de herida, etc.

En el caso del piojo corporal, aunque el diagnóstico se realiza también por observación del parásito el proceso resulta más complicado, ya que suelen alojarse en la ropa y a veces no es posible encontrar ningún piojo adulto en el individuo infestado. En este caso, es imprescindible la ayuda de una lupa y una cuidadosa revisión de la ropa en busca de piojos o liendres.

© T. SMITH/ISTOCKPHOTO



dres. En el cuerpo podemos encontrar lesiones de rascado, defecaciones del parásito o manchas de sangre. El diagnóstico diferencial debe hacerse con dermatitis herpetiforme y escabiosis si las lesiones están muy diseminadas.

En el caso de las ladillas debe prestarse especial atención a la presencia de manchas azulado-violáceas en la parte inferior del tronco y el interior de los muslos. La ropa interior aparece con frecuencia manchada con pequeños puntos de sangre.

Criterios de derivación al médico

En el caso de los piojos de la cabeza podría considerarse la derivación al médico si llega a aparecer fiebre o adenopatías, o bien en el caso de reinfestaciones sucesivas o resistencia a los pediculicidas habituales.

En pacientes con piojos corporales será preciso derivar al médico si se sospecha alguna infección asociada.

En cuanto a las ladillas, siempre deben derivarse los posibles casos al médico para descartar la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (lúes, gonococia, hepatitis B, etc.).

Tratamiento

Nunca deben usarse pediculicidas si no se tiene la certeza de que existe una infestación activa. Si existe sos-

pecha de infestación o simplemente alerta en el colegio, será necesario plantear una revisión mecánica periódica con la lendreras.

Tratamiento con pediculicidas

Se comercializan como cosméticos, al amparo del desarrollo legal que facultó su registro como productos de higiene personal. Se emplean diversos tipos: piretrinas naturales (aletrinas) o sintéticas (permetrinas); organofosforados (malatión); organoclorados (lindano); siliconas; otro tipo de productos naturales, y tratamientos orales. Todos ellos son más activos frente a las formas adultas que frente a las liendres, como ninguno de ellos alcanza un 100% de poder ovicida, suele recomendarse repetir el tratamiento a los 7-10 días para eliminar piojos desarrollados a partir de las liendres que no son eliminadas en la primera aplicación.

• Piretrinas

Se utilizan más las sintéticas (permetrina, fenotrina) que las naturales o aletrinas por su mayor poder ovicida. Su acción pediculicida se debe a su efecto neurotóxico sobre el piojo.

La permetrina no tiene un poder ovicida del 100%, por lo que se recomienda repetir la aplicación al cabo de 7-10 días. Su toxicidad es muy baja, tienen muy poca absorción sistémica. Pueden considerarse, bajo supervisión médica, su empleo en embarazadas (categoría B de la FDA) y en niños mayores de 6 meses. A pesar de su baja toxicidad, pueden provocar efectos adversos locales como irritación, picazón, hipersensibilidad, etc.

En nuestro medio, la permetrina al 1-1,5% es el tratamiento de elección en el tratamiento de la pediculosis.

El mayor problema que presentan los pediculicidas de esta categoría es que se han generado resistencias y en ocasiones resultan ineficaces.

Existen preparados que asocian sinérgicamente permetrina con butóxido de piperonilo, pero su mayor eficacia

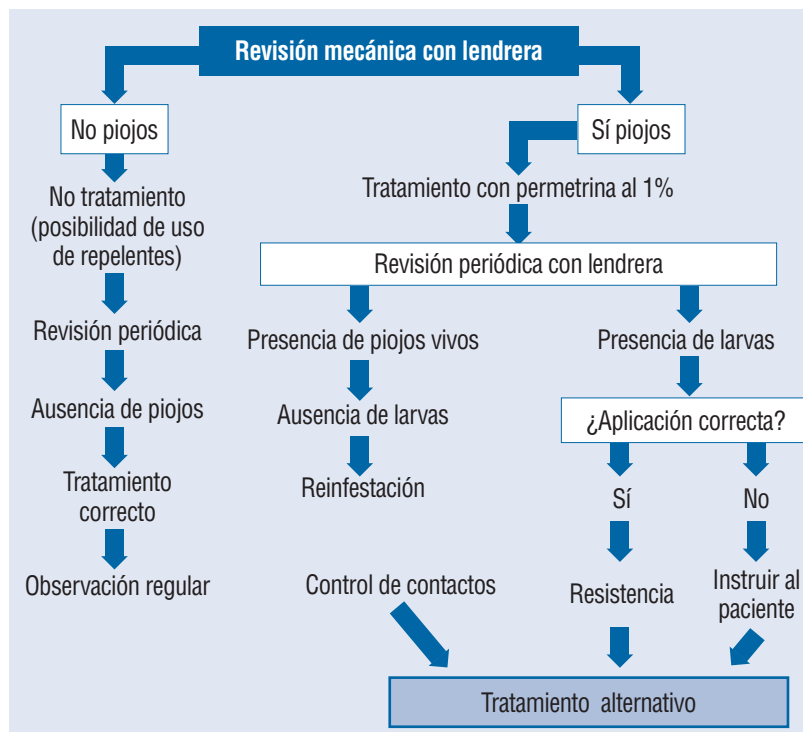


Figura 1. Algoritmo de actuación en tratamiento y prevención de piojos de la cabeza

no está demostrada y su uso puede suponer un aumento de las resistencias.

• Organofosforados (malatión)

Se une irreversiblemente a la colinesterasa del parásito, lo que provoca su muerte; presenta un alto poder ovicida y una actividad residual de hasta 4 semanas.

En loción al 0,5% es el tratamiento de segunda elección después de las permetrinas. Con una sola aplicación, suele ser suficiente; sólo si continúan detectando piojos al cabo de una semana sería necesaria una segunda aplicación.

Requiere un tiempo de aplicación prolongado (entre 8 y 12 horas), y tiene mayor toxicidad (local y sistémica). No se recomienda su uso en niños menores de 2 años. Se acepta su uso en embarazadas (categoría B de la FDA) bajo supervisión médica.

Existen preparados que mezclan permetrina/butóxido de piperonilo/malatión, pero no está claro que su eficacia sea mayor, y esta combina-

ción podría favorecer aún más la aparición de resistencias.

• Organoclorados (lindano)

Está prácticamente en desuso por su toxicidad.

• Siliconas

En los últimos años se han llevado a cabo estudios que avalan a las siliconas como agentes pediculicidas de eficacia similar a la de los pediculicidas tradicionales. No son insecticidas y su mecanismo de acción es físico; consiste en recubrir al parásito de una película impermeable hasta asfixiarlo (el piojo no puede respirar y muere). Este mecanismo de acción hace improbable la aparición de resistencias.

Algunos datos experimentales proporcionan a las siliconas una eficacia incluso superior a las permetrinas, por lo que pueden suponer una alternativa segura y sin el problema de las resistencias. El tratamiento debe repetirse a los 7 días.

- Otros

Extracto de *Quassia amara*, etc.: no existen estudios científicos rigurosos que avalen su eficacia.

Elección de formas farmacéuticas
Todos estos pediculicidas se encuentran en el mercado en distintas formas: champú, loción, *spray*, gel-crema y espuma.

Los champús se consideran poco eficaces porque la presencia del agua disminuye la efectividad del agente pediculicida, y además permanecen poco tiempo en contacto con el cuero cabelludo. Las lociones son las que liberan más pediculicida y generan menos resistencias, pero tienen demasiado alcohol y no son adecuadas en niños pequeños ni en pacientes con eccema o asma.

Con los *sprays* puede producirse aspiración de sustancias pediculicidas, y deben protegerse los ojos. No deben usarse en niños lactantes ni en asmáticos.

Las cremas y espumas son las menos irritantes y, de forma general, las más seguras.

- Tratamientos orales

No hay ningún tratamiento oral aprobado para el tratamiento de los piojos, pero existen estudios que avalarían su uso en situaciones puntuales. Así la ivermectina oral (no comercializada en España como medicamento de uso humano) o la asociación de sulfametoxazol y trimetoprim pueden ser una alternativa en el caso de infestaciones resistentes.

Tratamientos no pediculicidas

- Revisión y peinado con lencera
El peinado con la lencera debe hacerse siempre que se aplica un pediculicida para eliminar los piojos muertos y despegar las liendres. Aun así, en casos de niños menores de 2 años en ocasiones se utiliza simplemente este método mecánico; igualmente sería un tratamiento de base en otros casos en los que

Puntos clave

- En nuestro entorno, la pediculosis no debe asociarse a unos malos hábitos de higiene (excepto en el caso de infestación por *P. humanus* var. *corporis*.)
- En los piojos de la cabeza, el síntoma principal es el prurito, aunque muchos casos son asintomáticos.
- El diagnóstico se realiza por el hallazgo de piojos adultos y liendres a menos de 6 mm de distancia del cuero cabelludo.
- Sólo deben tratarse con pediculicidas las infestaciones activas, es decir, cuando se observan piojos adultos. Las liendres deben eliminarse de forma mecánica. No deben usarse pediculicidas a título profiláctico.
- El tratamiento farmacológico de elección actual en nuestro medio es la permetrina al 1%; dado que no tiene un poder ovicida del 100%, debe repetirse el tratamiento a los 7-10 días. Como tratamiento de segunda elección, puede optarse por malatión al 0,5%.
- Se han publicado algunos estudios en los que los preparados a base de siliconas (dimeticonas al 4%) muestran una eficacia similar a las permetrinas, con mayor seguridad y sin aparición de resistencias, puesto que su mecanismo de actuación se debe simplemente a una acción física de asfixia del piojo.
- La eliminación mecánica con la lencera es obligada después del tratamiento con pediculicida, y constituye el tratamiento de elección en niños menores de 6 meses.
- La presencia de piojos después del tratamiento puede deberse a fallos en la aplicación del pediculicida, a reinfestaciones o a resistencias.
- En el caso de la pediculosis corporal, el principal síntoma también es el prurito. El parásito puede actuar como vector de infecciones que hay que descartar. El tratamiento consiste principalmente en la desinfección de las ropas del individuo y de la cama.
- En cuanto a las ladillas, el principal síntoma también es el prurito, y el tratamiento es con pediculicidas. Debe descartarse la presencia de enfermedades de transmisión sexual.
- En caso de infestación, es necesario revisar a todas las personas con las que el paciente haya mantenido algún contacto, estén sintomáticos o no. Si hay alguno infestado, es importante realizar el tratamiento de manera simultánea para evitar reinfestaciones.

estuviese desaconsejado realizar un tratamiento pediculicida. Debe realizarse minuciosamente y repetirse cada 2-3 días al menos durante 2-3 semanas.

- Tratamiento con vinagre
El vinagre diluido (ácido acético al 3-5%) se ha utilizado tradicionalmente, pero no tiene acción pedicu-

licida. Sí puede ser útil para despegar las liendres. Existen preparados comerciales con la misma función (Liberanit®).

Piojos corporales

Es fundamental una buena higiene personal. Resulta prioritaria (y para algunos autores suficiente) la desinfección sistemática de la ropa del indivi-

© K. DYER/STOCKPHOTO



CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Acude a la farmacia un padre refiriendo que su hijo de 8 años tiene piojos «resistentes», y que quiere el antipiojos más fuerte. Tras ser preguntado por el farmacéutico acerca del motivo por el que califica a los piojos como «resistentes», señala que hace 10 días le aplicó un producto que había traído su mujer, y aunque al principio parecía que estaban muertos sin duda debía de haber más escondidos, pues vuelven a aparecer en la lenera; además, afirma haber seguido las instrucciones de empleo escrupulosamente.

Resolución

Una vez identificado el pediculicida que empleó (permetrina loción al 1,5%), se le explica que no puede hablarse en principio de resistencia al pediculicida ni tampoco de una mala aplicación inicial, simplemente el preparado no tiene poder ovicida al 100%, así que alguna de las liendres que quedaron sin eclosionar lo han hecho. Se le señala, además, que hubiera sido conveniente repetir la aplicación al cabo de una semana, y se le recomienda que vuelva a administrárselo ahora. Se aconseja también que todas las personas que están en contacto con el niño observen si están infestadas para prevenir reinfestaciones.

duo y de la cama (y, si es posible, del colchón) aplicando calor seco a 60-65 °C entre 15-30 minutos (por ejemplo en una secadora), así como la aplicación de insecticidas directamente en la ropa.

Si la infestación es grave, debe aplicarse por todo el cuerpo un pediculicida tópico (permetrina o malatión) en forma de loción o crema, y dejar actuar

entre 8 y 24 horas para eliminar las liendres adheridas al vello corporal.

Se recomienda aplicar el mismo tratamiento a todas las personas que estén en contacto con el paciente en los que también se observa infestación.

Ladillas

Se aplica tratamiento tópico y medidas higiénicas. Las ropas de cama,

toallas y ropa interior deben ser lavadas. Se utiliza preferentemente permetrina al 1% o, como segunda opción, malatión en crema o loción aplicadas en la zona genital, y si es necesario en otras zonas pilosas, con posterior lavado con jabón neutro tras la aplicación. Algunos pacientes necesitan repetir la aplicación al cabo de 3-7 días.

El tratamiento debe aplicarse a todos los contactos sexuales.

Pediculosis en las pestañas

Aunque son casos poco corrientes, la infestación por *Pediculus capitis* puede pasar a las pestañas. No deben aplicarse pediculicidas. Se puede aplicar vaselina 3-4 veces al día durante 8-10 días para ahogar al piojo, y llevar a cabo la retirada mecánica con pinzas.

Reinfestaciones y resistencias al tratamiento

En ocasiones, después de aplicar el tratamiento aparecen nuevamente piojos. Puede deberse a diferentes causas:

- Incorrecta aplicación del producto o resistencia al pediculicida. Si al cabo de 24 horas de la aplicación (y si ésta se ha realizado de manera adecuada) aparecen formas adultas, debe pensarse en la ineficacia del pediculicida y utilizar otro de un grupo diferente, o simplemente plantear la eliminación mecánica.
- Necesidad de reaplicación. La aparición de piojos vivos al cabo de una semana de la primera aplicación del pediculicida no implica fallo en el tratamiento ni resistencia, simplemente la necesidad de la segunda aplicación.
- Reinfestación. Si a los 10-14 días vuelve a aparecer un piojo adulto.

El uso inapropiado de pediculicidas en liendres o piojos ya muertos, la mala utilización del producto o su uso como profilaxis contribuyen al aumento de las resistencias.

Sarna o escabiosis

Descripción

Concepto

La escabiosis o sarna es una parasitosis cutánea producida por un ácaro de la familia *Sarcoptidae*: el *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, conocido vulgarmente como «arador de la sarna» o «barrenillo». Es un ácaro blancuzco y prácticamente imperceptible a simple vista. El macho mide menos de 0,25 mm y la hembra de 0,3 a 0,4 mm.

Tras producirse la infestación por contacto directo, la superficie de la piel alberga las cópulas entre los dos sexos, y las hembras grávidas comienzan a excavar surcos en el estrato córneo (que constituyen la principal característica de diagnóstico). Allí van depositando 2-3 huevos diarios durante las 4 o 5 semanas que dura su vida. Los surcos se ven grisáceos debido a los huevos y excrementos allí depositados.

Epidemiología y transmisión

La escabiosis ha afectado al hombre desde hace más de 2500 años; actualmente se producen más de 300 millones de casos al año, estando muy extendida en determinadas áreas: países caribeños, India, sudeste asiático y zonas del centro y sur de África. En nuestro país, afecta sobre todo a niños que viven en condiciones marginales, indigentes e inmunodeprimidos. También son frecuentes los casos importados: habitualmente viajeros de turismo sexual e inmigrantes de países de alta prevalencia.

El *Sarcoptes* es un parásito obligado del hombre. El contagio se produce por contacto directo o a través de fómites (sábanas, toallas, ropa...) donde puede pervivir hasta 72 horas, así que se verá favorecido por la falta de higiene, hacinamiento, etc. Además, una persona puede estar infectada durante 4 a 6 semanas sin presentar ningún síntoma, pero siendo portador de la enfermedad.

Recomendaciones para el paciente

- Todas las personas que convivan con el paciente mayores de 2 meses deben ser tratados al mismo tiempo.
- Son fundamentales las medidas higiénicas de los pacientes y de sus ropas: cambiar y lavar la ropa personal y de cama a 60 °C, o bien guardarla en una bolsa cerrada durante 3 días para evitar reinfestaciones.
- El paciente no debe darse un baño de agua caliente antes de aplicar el escabicida, como tradicionalmente se recomendaba. Resulta contraproducente, ya que favorece la absorción sistémica, alejando el producto de su zona de actuación y haciendo más fácil la aparición de efectos adversos.
- Si después del tratamiento el prurito no mejora, puede deberse a la irritación provocada por el escabicida o a la hipersensibilidad.



Sarna con lesiones en tronco

En algunos casos, puede contagiarse a partir de animales como perros (*S. scabiei* var. *canis*), aunque la probabilidad de infección cruzada es escasa.

Clínica

El síntoma principal es el prurito de predominio nocturno (debido a que con el calor aumenta la actividad de los ácaros). Este prurito aparece a las 4-6 semanas de la infestación debido a la sensibilización del organismo al *Sarcoptes*. En caso de reinfestación, aparece ya a las 24 horas.

La reacción de hipersensibilidad secundaria a la muerte del parásito puede mantener el prurito hasta dos semanas después, lo que no quiere decir que la infestación no haya sido erradicada.

Lesiones. Variantes clínicas

En los casos de sarna clásica, los surcos son las lesiones patognomónicas de la enfermedad; van apareciendo progresiva y gradualmente y terminan en vesículas donde anidan las hembras (pápulas acarinas). Las localizaciones más frecuentes son pliegues interdigitales de las manos, cara anterior de las muñecas, codos, pies y tobillos, área genital, nalgas y axilas, areola mamaria, etc.

En los recién nacidos, generalmente las áreas del cuerpo afectadas son la cara, el cuero cabelludo, las palmas y las plantas de los pies. En neonatos pueden encontrarse lesiones tipo ampollas que representan una expresión de reacción inmunitaria exagerada.

Pueden aparecer también pápulas y vesículas del tamaño de la cabeza de un alfiler en abdomen y miembros superiores e inferiores.

Existe otro tipo de presentación que es la sarna nodular, caracterizada por nódulos inflamatorios superficiales de 2 a 5 mm. Su clínica característica es prurito muy intenso y ausencia de ácaros en las lesiones.

La presentación más grave es la llamada sarna noruega o costrosa, caracterizada por lesiones hiperqueratósicas similares a la psoriasis en manos

© ARCHIVO DR. SÁNCHEZ REGAÑA



Surcos acarinos en dedos de las manos

o pies, acompañadas de adenopatías, eosinofilia y curiosamente escaso prurito. Se produce en pacientes inmuno-deprimidos

En todas ellas, pueden aparecer lesiones secundarias debido al rascado y/o sobreinfección. Pueden aparecer eccemas, impétigo, excoriaciones, etc., generalmente debidas a sobreinfección por *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o por ambos.

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser clínico, de laboratorio o histológico. El clínico es el habitual y suele ser sencillo. Se lleva a cabo mediante una anamnesis detallada, en la que se recoge prurito intenso de predominio nocturno y carácter familiar, y una exploración física en la que se detectan surcos, pápulas y vesículas. Los surcos acarinos pueden hacerse más visibles depositando una gota de tinta en el extremo.

Para confirmar el diagnóstico, puede visualizarse el parásito al microscopio.

El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con otras dermatitis pruriginosas: dermatitis atópica, miliaria rubra o sudaminas, dermatitis de contacto u otras (las lesiones vesiculopustulosas típicas de los bebés pueden confundirse con foliculitis estafilocócica o varicela. La sarna noruega puede confundirse con psoriasis).

Criterios de derivación al médico

Ante la sospecha de un caso, los farmacéuticos debemos derivar al médi-

Puntos clave

- La escabiosis es una parasitosis provocada por *Sarcoptes scabiei*. En su variante típica, se presentan unas lesiones características llamadas «surcos acarinos» que se localizan fundamentalmente en las zonas interdigitales, palmares y plantares, así como en las axilas, en las ingles y en la zona areolar mamaria.
- En los lactantes puede darse una localización distinta, afectándose también el abdomen, la cabeza, etc.
- La clínica consiste en un prurito intenso, de carácter familiar y predominio nocturno, lo que acompañado de las lesiones típicas facilitará el diagnóstico.
- El tratamiento de elección es la permetrina al 5%, acompañada de antihistamínicos orales y de corticosteroides o antibióticos tópicos u orales si es necesario por la aparición de complicaciones como eccema o sobreinfección bacteriana.
- Es muy importante tratar a la vez a todas las personas que tengan contacto con el paciente infestado para evitar contagios y reinfestaciones.
- Es preciso tener presente que el prurito puede continuar durante al menos 2 semanas después de ser erradicado el parásito, sin que eso signifique una reinfestación.

co. Los medicamentos indicados requieren receta. Debe ponerse especial cuidado en casos con signos de sobreinfección bacteriana y variantes de sarna noruega o costrosa.

Tratamiento

La finalidad es erradicar la parasitosis, de modo que el tratamiento farmacológico debe ser realizado a la vez por el paciente y sus contactos más cercanos, aunque no estén afectados.

El tratamiento de elección es la permetrina al 5%. Es muy eficaz y segura. Actúa sobre la membrana de las células nerviosas de los parásitos, produciendo un retraso en la repolarización y la consiguiente parálisis del insecto. En concentraciones al 5% es escabicida. Se han comercializado dos medicamentos:

- Perme-cure[®] 5% crema (laboratorios OTC).
- Sarcop[®] 5% crema (Laboratorio Unipharma).

Otros

Se han utilizado otros escabicidas como malatión, o los ya no disponibles en España crotamitón y lindano.

Existen preparados comercializados que combinan permetrina al 1,5% y butóxido de piperonilo que, aplicados 8-12 horas en tres días seguidos, pueden actuar como escabicidas.

El azufre es un remedio tradicional, que se sigue usando en lugares donde no están disponibles otros recursos; se usa azufre precipitado en vaselina o pasta al agua en concentraciones al 6-10%, aplicándose tres noches consecutivas y lavándose a las 24 horas de la última aplicación. Puede ser así mismo una opción terapéutica en embarazadas, madres lactantes y niños menores de 2 meses (en los que los preparados con permetrina pueden ser inadecuados), pero también tiene inconvenientes (irritación cutánea, mancha la ropa, etc.).

Además de los tratamientos tópicos, también se ha empleado ivermectina

por vía oral, aunque no está indicada en nuestro país. Su uso podría estar justificado en casos concretos: pacientes inmunodeprimidos o casos severos o susceptibles de graves complicaciones, personas que no vayan a cumplir de otra forma el tratamiento y se puedan convertir en un foco de infección, etc. Al no estar disponible en España, el uso compasivo conllevaría tramitar su importación a través de la sección de medicamentos extranjeros.

En los casos de sarna, puede ser necesario el uso de otros medicamentos adicionales, tales como corticosteroides tópicos y orales bajo supervisión médica, para los nódulos y dermatitis irritativa, antihistamínicos orales para el control del prurito, o antibióticos tópicos u orales para tratar las sobreinfecciones. ■

Bibliografía

1. Departamento Técnico del Consejo General de Farmacéuticos. Asesoramiento farmacéutico en automedicación responsable. Sarna (escabiosis). Panorama Act Med. 2009; 33(325): 717-720.
2. Martínez ML. Pediculosis del cuero cabelludo. Sendagaiak. 2008; 21(4): 13-15. Disponible en: [http://www.cofbizkaia.net/COFBI/Publicaciones.nsf/vwVigentesArea/2A68BBBC27244904C12575040035CF17/\\$File/SendagaiakV21N4.pdf?OpenElement](http://www.cofbizkaia.net/COFBI/Publicaciones.nsf/vwVigentesArea/2A68BBBC27244904C12575040035CF17/$File/SendagaiakV21N4.pdf?OpenElement).
3. Departamento de Redacción CADIME. Pediculosis y su tratamiento. BTA. 2002; 18(3); 9-13. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/BTA/00001297documento.pdf>
4. Gairi J, Molina V, Moraga F. Pediculosis de la cabeza. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/pediculosis.pdf>
5. De Hoyos MC, Pascual JM. Escabiosis y pediculosis. Pediatría Integral 2008; XII(4): 365-374. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Escabiosis_pediculosis\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Escabiosis_pediculosis(2).pdf)
6. Esteban JM. Intervención en parasitosis comunes (I): pediculosis. Aula Farmacia. 2008; 5(52): 13-20.
7. Burgess IF, Lee PN, Matlock G. Randomised, controlled, assessor blind trial comparing 4% dimeticone lotion with 0.5% malathion liquid for head louse infestation. PLoS ONE. 2007; 2(11): e1127.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Parasitic Diseases: Head Lice. Disponible en: <http://www.cdc.gov/parasites/lice/head/index.html>
9. Esteban JM. Intervención en parasitosis comunes (II): Sarna y otras parasitosis emergentes en España. Aula Farmacia. 2008; 4(54): 14-22.
10. Departamento técnico del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Catálogo de Parafarmacia 2009. Madrid: Consejo General, 2009.
11. Strong M, Johnstone PW. Intervenciones para el tratamiento de la escabiosis (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/>
12. García-pato V. Escabiosis: protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos/escabiosis.pdf>
13. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet. 2000; 355: 819-826.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de prescripción terapéutica (GPT). Adaptación española de la 51.ª ed. del British National Formulary (BNF). Versión *on-line* disponible en: <http://www.imedicinas.com/GP-Tage/Open.php?Y2ExMw%3D%3D>.

¡Acceda a www.aulamayo.com para responder a las preguntas del test de evaluación!



Actividad acreditada con 7,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries

