

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **14**

Número
Number **1**




Enero-Abril
January-April **2005**

Artículo:




**Escabiasis en un paciente
inmunosuprimido**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Escabiasis en un paciente inmunosuprimido

Dra. Rosalía Cancela,* Dra. López-Navarro**

RESUMEN

La escabiasis es una ectoparasitosis cutánea muy contagiosa producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, parásito humano obligatorio. Presenta un aspecto clínico polimorfo, pero el síntoma constante es un prurito intenso (*Scabere*, proviene del latín, que significa *rascar*), generalmente existe un antecedente familiar o grupal y las manifestaciones clínicas varían según la edad. Se transmite por contacto directo o fomites, especialmente en condiciones de higiene deficiente y hacinamiento. En pacientes inmunodeprimidos el cuadro clínico se modifica, suelen ser persistentes y difíciles de tratar. Algunas formas clínicas de escabiasis han pasado a ser indicaciones preferentes de la ivermectina: la escabiasis en pacientes afectados con VIH y la escabiasis costrosa hiperqueratósica. Esta infestación es considerada entre las enfermedades de transmisión sexual, y puede identificarse como un marcador cutáneo de inmunodeficiencia.

Palabras clave: Escabiasis, inmunodeficiencia, ivermectina.

ABSTRACT

Scabies is a ectoparasitoses highly contagious caused by Sarcoptes scabiei var humanus. Clinical presentations is itching, that is a cardinal sign, occurred in family groups is transmitted by close skin-to-skin contact specialty in non good hygiene situations. Sexual transmission is common. Scabies may be a marker of human immunodeficiency.

Key words: Scabies, immunodeficiency, ivermectine.

INTRODUCCIÓN

El hombre ha padecido escabiasis desde la más remota antigüedad. Es mencionada en la Biblia, y en la Edad Media se señalaba como una de las enfermedades más frecuentes. El ácaro, a pesar de su pequeño tamaño, fue conocido por los antiguos griegos, romanos y chinos. Aristóteles pensaba que se formaba de la piel, pero nunca lo relacionó con el padecimiento; no fue sino hasta 1834 cuando Renucci, un estudiante de Córcega, descubrió y demostró plenamente ante la comunidad científica de su época que el ácaro era el agente causal de la sarna humana.¹

Su distribución es cosmopolita. En 1991, se estimaba que había aproximadamente 300 millones de personas afectadas en todo el mundo. Su incidencia ha aumentado en los últimos años. Aunque afecta todas las razas y clases sociales, predomina en estratos socioeconómicos bajos, es endémica en muchos países no industrializados, y hay brotes epidémicos cíclicos cada 10 a 15 años.²

Sarcoptes scabiei variedad *hominis*, es un parásito humano obligatorio.

Estos ácaros son artrópodos muy pequeños que viven en la piel, los adultos, machos y hembras miden de 0.2 a 0.4 mm de largo respectivamente, tiene cuatro pares de patas cortas y gruesas y carecen de ojos, poseen quelíceros (piezas bucales utilizadas para morder), que usan para cavar dentro de la piel, a una velocidad de 0.5 a 5 mm por día.

El macho muere después de la fecundación, la hembra vive en promedio 2 a 6 semanas en un túnel que excava en la epidermis, en el que deposita alrededor de 40 a 50 huevos. Las larvas eclosionan a los 3 ó 4 días, abandonan los túneles después de pasar por los estadios de larva, ninfa y adulto, alcanzan la madurez en 10 días.

La formación de los túneles y la alimentación de los ácaros ocasionan el prurito típico de la enfermedad.

Fuera del huésped el parásito adulto sólo sobrevive 24 a 36 horas a temperatura ambiente, en cambio los huevos viven por lo menos 10 días.^{3,4}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Su periodo de incubación es de 3 semanas, predomina en pliegues interdigitales en manos, caras laterales de

* Jefa del Servicio de ETS del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 4º año CDP.

dedos, cara anterior de muñeca, pliegues axilares anteriores, región submamaria, aréola, pezones, brazos, antebrazos, caras internas de muslos, pene, escroto y región interglútea.

Las lesiones son pápulas con costras hemáticas debidas al rascado intenso de predominio nocturno. Rara vez se observan los túneles que produce el parásito. En adultos se respetan las líneas de hebra, mientras que en lactantes o niños pequeños no sucede esto, siendo en la edad pediátrica un cuadro generalizado.

Debido al prurito intenso y el rascado que éste produce, una complicación frecuente es la impetiginización, mientras que la automedicación es la causa de la dermatitis por contacto que en ocasiones también complica a esta enfermedad.

En pacientes inmunodeprimidos las características clínicas son diferentes, por lo general se manifiesta por lesiones costrosas diseminadas (Sarna Noruega), eritrodermia pruriginosa y ocasionalmente como una dermatitis seborreica.

La proliferación parasitaria es considerable, (varios miles de ácaros) lo que determina una alta contagiosidad y origina dificultades terapéuticas. En pacientes seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la escabiasis costrosa generalizada tanto más frecuente, cuanto menor es la concentración de linfocitos CD4.⁵

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es esencialmente clínico, el examen parasitológico está indicado en formas atípicas o en ausencia de contexto epidemiológico, aunque resulta más práctico realizar un tratamiento de prueba.

El examen parasitológico consiste en la extracción de parásitos hembra, sus huevos o sus excrementos, mediante raspado de los túneles o los nódulos, que posteriormente son observados al microscopio con bajo aumento (40X), lamentablemente la sensibilidad de esta prueba es muy baja.

Los túneles pueden detectarse mediante una prueba con tinta china: la tinta se infiltra por capilaridad en el túnel excavado por el ácaro, que permanece marcado después de lavar con alcohol.

Mediante microscopia de epiluminiscencia es posible detectar el parásito dentro del túnel como un pequeño triángulo oscuro, esta técnica permite la realización de un diagnóstico rápido sin incomodar al paciente.

El dermatoscopio posee un aumento insuficiente (10X), por lo que no es útil para el diagnóstico.^{6,7}

TERAPÉUTICA

Los tratamientos varían según los países, los más empleados son el benzoato de bencilo en loción, y el lindano, pero a partir de la última década, por la aparición de resistencia y los problemas de tolerancia neurológica asociados llevaron a reemplazarlo por permetrina en crema al 5%.

El benzoato de bencilo es neurotóxico para el sistema nervioso de los parásitos y también contra sus huevos, se emplea generalmente en aplicación única, después de un baño tibio, sobre la piel todavía húmeda, el producto se deja actuar durante 24 h, al cabo de las cuales se lava y se cambian las ropas de la cama.

La piretrina se emplea en aplicación local única y se deja actuar durante 12 horas, en caso de fracaso terapéutico, es posible repetir el tratamiento una semana después. Este producto parece menos eficaz que el benzoato de bencilo, pero está indicado en lactantes mayores de 6 meses.

El lindano es un poco menos eficaz que el benzoato de bencilo. Se realiza una sola aplicación sobre la piel fría y seca y se deja actuar el producto durante 12 horas, tiene la ventaja de ser menos irritante que el benzoato de bencilo. No obstante es un tratamiento de segunda elección, debido a su toxicidad neurológica potencial y la aparición de resistencia.

El crotamiton al 10% aplicado durante 24 horas, dos días seguidos, es menos eficaz, pero puede resultar efectivo en el tratamiento de los nódulos en niños.

Debe tratarse al mismo tiempo a la persona afectada y a las personas que viven con ella, la ropa se desconamina con un simple lavado con agua a 60°C, los insecticidas a base de lindano se emplean en las áreas contaminadas no lavables.

La ivermectina se ha empleado ampliamente en más de 30 países para controlar la ceguera debida a la oncocercosis y se estima que se ha empleado en más de 6 millones de personas en todo el mundo, sin efectos secundarios considerables, en 1980 se describieron casos aislados de curación de escabiasis en pacientes tratados por oncocercosis, en 1991, los resultados de un primer estudio a doble ciego, realizado en México con 29 pacientes, sugirieron que la ivermectina administrada por vía oral en una dosis única de 200 µg/kg, era sumamente eficaz y carecía de efectos secundarios considerables.

Con el tiempo, algunas formas clínicas de escabiasis han pasado a ser indicaciones preferentes de la ivermectina: la escabiasis en pacientes afectados con VIH y la escabiasis costrosa hiperqueratósica, que suelen



Figura 1. Dermatitis localizada por debajo del sitio de la hebilla del cinturón.



Figura 2. Pápulas y eritema formando placas.



Figura 3. Presencia de pápulas y túneles en cara interna de muñecas.

ser persistentes y difíciles de tratar con productos tópicos

En general se administran 20 µg por kg de peso en dosis única o en dos tomas con ocho días de intervalos.

En pacientes seropositivos para el VIH el fracaso de los tratamientos locales ha conducido a preferir la ivermectina, a menudo con éxito.

La persistencia del prurito después de finalizar el tratamiento debe sugerir la posibilidad de reacción alérgica o imitativa, prurito psicógeno (acarofobia), recontaminación, tratamiento insuficiente, resistencia al tratamiento usado. No obstante, no debe olvidarse que el prurito puede persistir unas semanas después de un tratamiento bien realizado.⁸⁻¹¹

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 35 años, heterosexual, de ocupación herrero. Se le diagnosticó SIDA, en el año de 1997, en control desde entonces con triple esquema. Con 632 CD4 y carga viral de 9,000 copias.

En agosto de 2002 presentó, durante su ingreso a una institución de salud pública para la realización de biopsia hepática, posterior a la toma de la biopsia presentó lesiones en la zona periférica a la toma de la biopsia, así como en región periumbilical.

Dermatitis localizada a tronco de la que afecta, región infraumbilical, por debajo del sitio de la hebilla del cinturón, (Figura 1) y en cara lateral de muslo derecho (Figura 2), constituida por eritema y pápulas formando placas. En tronco presentaba pápulas diseminadas. Por lo que se diagnosticó DxC al níquel y sarna al níquel.

Fue enviado a la Clínica de Dermatitis por contacto, donde tras una exploración clínica se detectaron pápulas y surcos en pliegues y cara interna de muñecas, (Figura 3) se realiza el diagnóstico de escabiasis.

Se administró ivermectina en dosis única, presentando mejoría de las lesiones.

En el mes de noviembre se le diagnosticó una probable sarna al níquel, las pruebas epicutáneas resultaron negativas.

Se le administró ivermectina 12 mg VO dosis única, y crema inerte, notando mejoría en 1 semana.

DISCUSIÓN

La ivermectina oral se ha utilizado con éxito para el tratamiento de endoparasitosis desde 1987, años más tarde se dio a conocer su utilidad para tratar la escabiasis, particularmente en aquellos casos que no presentaban mejoría con los tratamientos tópicos.

Los pacientes con SIDA cursan con alteraciones en la inmunidad celular y humoral, son proclives a la promiscuidad sexual, tienen una higiene deficiente y sufren de desnutrición. Estos factores propician cuadros

clínicos atípicos, dificultando el diagnóstico y postergando el tratamiento.

El manejo de estos casos puede suponer un problema importante, debido a su alta contagiosidad, los efectos secundarios (sobre todo infecciones piógenas) que lo agravan y a la elevada frecuencia de recidivas observadas con los tratamientos convencionales.

La ivermectina es el tratamiento de elección para la escabiasis en pacientes seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana y para aquellos que presentan SIDA.

COMENTARIOS

Los datos sobre la ivermectina indican una buena tolerabilidad, una eficacia cercana al 100%, y son muy alentadores.

Recientemente se han descrito publicaciones veterinarias de los primeros casos de resistencia a este antiparasitario en animales que lo reciben de forma sistémica, por lo tanto es probable que el uso generalizado conduzca a la presencia de parásitos resistentes en el hombre.

Por tal motivo consideramos que la ivermectina debe reservarse para el tratamiento de formas muy particulares de escabiasis, como la presentada en pacientes inmunocomprometidos, la costrosa generalizada y la que se presenta en instituciones donde es necesario interrumpir la cadena de contaminación. Para el resto de los casos el tratamiento de elección sigue siendo el benzoato de bencilo. No obstante los tratamientos tópicos,

irritantes, difíciles de manipular, y no siempre eficaces, pueden parecer arcaicos en comparación con el tratamiento rápido, sencillo y generalmente eficaz de la ivermectina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macotela-Ruiz E, Peña-González G. Tratamiento de la escabiasis con ivermectina por vía oral. *Gac Med Mex* 1993; 129: 201-205.
2. Taplin D, Meinking T. Treatment of HIV-related scabies with emphasis on the efficacy of ivermectin. *Sem Cut Med Surg* 1997; 16: 235-240.
3. Manzano P. Sarna Noruega asociada a SIDA: tratamiento electivo con crema de permetrina. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86: 47-51.
4. Jucowics P et al. Norwegian scabies in an infant with acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Dermatol* 1989; 125: 170-171.
5. Irwin M et al. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, 5a. ed. U.S. Editorial McGraw-Hill; 1999; 2: 2677-2680.
6. Schlesinger I, Oelrich DM, Tyring SK. Crusted (Norwegian) scabies in patient with AIDS: The range of clinical presentations. *Br J Dermatol* 1992; 126: 204-205.
7. Cestari SC et al. Oral treatment of crusted scabies with ivermectin: report of two cases. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 410-414.
8. Alberici F et al. Ivermectine alone or in combination with benzyl benzoate in the treatment of human immunodeficiency virus-associated scabies. *Br J Dermatol* 2000; 142: 969-972.
9. Brown TJ, Yen-Moore A, Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 148.
10. Guidice P. Scabiasis in HTLV-1 seropositive patients. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 134.
11. Victoria J, Trujillo R. Topical Ivermectin: A new successful treatment for scabies. *Pediatric Dermatology* 2001; 18: 63-65.