

# Manejo práctico de la escabiosis en niños

Fabián Alberto Rueda Zambrano\*  
Paola Cáceres Corredor\*\*

## Resumen

La escabiosis es una de las ectoparasitosis más frecuentes en los niños en países en desarrollo. Sus manifestaciones clínicas difieren de acuerdo al grupo de edad afectado, siendo los recién nacidos y lactantes quienes sufren las variedades clínicas que se generalizan más rápidamente. El diagnóstico es principalmente clínico y para el tratamiento se dispone de varias opciones dentro de las cuales la más novedosa es la ivermectina cuyo éxito radica en la administración oral de dos dosis y una alta tasa de erradicación de la infestación equiparable a la ofrecida por la aplicación tópica de permetrina al 5% que era una de las mejores opciones terapéuticas. Paralelo al tratamiento escabicida se debe realizar el tratamiento de los contactos intra y extradomiciliarios, el prurito, medidas de higiene en casa y sitios de permanencia en el día y el reestablecimiento de la integridad de la piel. [Rueda FA, Cáceres P. Manejo práctico de la escabiosis en niños. MEDUNAB 2002; 5(14):112-117].

**Palabras clave:** Escabiosis. escabicidas, ectoparásitos.

La escabiosis perfectamente pudo haber acompañado a las siete plagas de Egipto y hubiese sido igual de terrible que todas ellas. Dada su alta tasa de transmisión intradomiciliaria se convierte fácilmente en un problema de salud pública en poblaciones con pobreza y hacinamiento.<sup>1</sup> En este artículo se revisarán los aspectos básicos de la enfermedad y las estrategias terapéuticas existentes en el grupo de edad pediátrica, con el fin de ofrecer una referencia práctica sobre el tema para todos los profesionales de salud que atienden niños.

## El agente

*Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* es el agente etiológico de la enfermedad. El ácaro hembra, causante de los síntomas mide 400 micras y tiene cuatro pares de patas y cuerpo redondeado.<sup>2</sup> Las otras variedades de *S. scabiei* como el *cannis* no causan enfermedad en el hombre y, si lo hacen sus síntomas son mucho más leves y la enfermedad no se generaliza debido a que no se puede completar su ciclo de vida.<sup>3</sup>

Luego de la infestación la hembra excava túneles hacia el estrato córneo de la epidermis en donde deposita dos

a tres huevos por día. En el transcurso de tres a cuatro días, los huevos eclosionan dando lugar a las larvas que demoran entre 2 y 3 semanas para convertirse en adultos. La vida media de un ácaro hembra adulto es de 30 días. El ácaro macho es más pequeño que la hembra y vive en la superficie de la piel y muere poco después de aparearse con la hembra. Las anteriores consideraciones son importantes en el momento de elegir el tratamiento para la enfermedad ya que algunos de los medicamentos sólo actúan sobre los ácaros adultos dejando sin eliminar los huevos.<sup>3</sup>

## Trasmisión

No conocemos datos epidemiológicos en Colombia sobre las tasas de incidencia ni prevalencia de estos ectoparásitos. Las infestaciones por escabiosis se transmiten con mayor frecuencia por contacto personal estrecho; sin embargo, existen datos en la literatura mundial que demuestran la importancia de los reservorios inanimados intradomiciliarios como los colchones, muebles y pisos de baldosas donde puede permanecer vivo el *Sarcoptes* hasta por tres días.<sup>1</sup> No hay estudios que demuestren las tasas de transmisión en otros sitios como

\* Pediatra. Profesor Asociado, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

\*\* Estudiante X semestre de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Correspondencia: Dr. Rueda, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: orionbelt@latinmail.com

Recibido: junio 12/2002; aceptado: julio 2/2002.

camillas de hospitales, clínicas o consultorios pero es posible que esto pueda ocurrir.

Una vez aparece la enfermedad en uno de los integrantes de la familia es muy probable que todos en casa tengan la infestación. Los menores de dos años, por poseer menos queratina en su piel, son los primeros en manifestar la enfermedad.

## Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la infestación aparecen cuando el hospedero ha quedado sensibilizado al ácaro de la sarna, siendo el prurito el síntoma más frecuente, en especial en la noche cuando los otros estímulos externos de distracción están ausentes.<sup>2</sup> La hipersensibilidad puede demorarse 4 a 6 semanas luego de la primera exposición, pero con la reinfestación puede desarrollarse 1 a 4 días posteriores al contacto por la sensibilización previa.<sup>4</sup> La carga de ácaros no parece tener correlación con los síntomas de los pacientes pero sí con su posibilidad de transmitir la enfermedad.

Las lesiones de la infestación son principalmente los túneles y las pápulas. Los primeros aparecen más a menudo en las manos, sobre todo en los espacios interdigitales (figura 1), las muñecas, los genitales, axilas, ombligo, glúteos y pezones. Las segundas aparecen en el tronco, miembros superiores e inferiores y pueden representar una reacción inmunitaria.<sup>2</sup> Existen algunos sitios de compromiso que son casi exclusivos de los lactantes como la cara, cuero cabelludo, palmas y plantas (figura 2). Sin embargo, predominantemente en los lactantes y recién nacidos, estas lesiones se complican con lesiones secundarias por la sobreinfección bacteriana y la subsiguiente presentación con pústulas y costras.<sup>5, 6</sup> Las excoriaciones son otra lesión importante en el diagnóstico de la escabiosis y se encuentra en los niños mayores de 6 meses de vida que ya pueden llevar sus manos a los sitios con prurito. Las lesiones tienen una aparición progresiva y se extienden en el transcurso de días por todo el cuerpo. Pueden aparecer en forma simultánea en varios sitios pero es bastante evidente la diseminación por contigüidad a partir de las lesiones iniciales.



Figura 1. Sarna. Se observan pápulas y surcos entre los dedos. Tomado de Vivier.<sup>22</sup>



Figura 2. Sarna. Pápulas y vesículas en el pie de un lactante. (Fotografía cortesía de la Dra. Sandra O. Martínez Pérez.)



Figura 3. Sarna nodular. Las pápulas pueden crecer hasta formar nódulos que persisten durante semanas después de iniciado el tratamiento y siguen siendo intensamente pruriginosas. Tomado de Vivier.<sup>22</sup>

Otro tipo de presentación es la escabiosis nodular caracterizada por nódulos superficiales de 2 a 5 mm de diámetro de color rojo-pardo y que se encuentra de manera típica en genitales masculinos sobre el dorso del pene, en las axilas y en la región inguinal (Figura 3). Es extremadamente pruriginosa y de manera característica no se encuentran ácaros en estas lesiones; se cree que corresponde a una reacción de hipersensibilidad a la muerte del ácaro o sus productos como saliva, huevos o heces.<sup>3</sup> Puede resolverse de manera espontánea en el transcurso de semanas a meses.<sup>4</sup>

Infrecuentemente se encuentran lesiones de tipo ampolla que constituye otra forma de reacción inmunitaria exagerada.<sup>2</sup> Se encuentra con más frecuencia en neonatos, su distribución es generalizada en todas las partes del cuerpo con elevados recuentos de parásitos en las lesiones. Esta forma se asocia con retardo en el crecimiento, desnutrición e infección bacteriana secundaria.<sup>4</sup>

Quizás la forma más agresiva y resistente a los tratamientos es la que padecen las personas con postración o afectadas por inmunodeficiencias; es la denominada sarna noruega o costrosa (figura 4). En esta variedad clínica (muy rara en niños), las lesiones características son reemplazadas por hiperqueratosis especialmente localizada en sitios de presión continua como glúteos, espalda, manos o pies. Es la forma más contagiosa de sarna ya que el promedio de ácaros por individuo llega a los dos millones, comparado con los 20 ácaros de una persona con el tipo común de la sarna.<sup>2</sup>

El prurito no guarda relación con la infestación activa por el *Sarcoptes*. La reacción de hipersensibilidad generada por la muerte intradérmica del ácaro puede perpetuar el prurito hasta por dos semanas luego que se ha eliminado la infestación.

## Diagnóstico

La sospecha de escabiosis debe ser la primera opción de diagnóstico en todo niño que se presente con erupción pruriginosa aguda o subaguda sin carácter de recurrencia. El segundo dato que es de valiosa ayuda es la presencia de otros casos en la casa o en el sitio de permanencia del niño (familiares o en el jardín infantil). El dato de prurito que se exacerba de noche no es muy útil en los niños por la dificultad de que ellos identifiquen con precisión el momento de mayor sintomatología; sin embargo, los familiares del niño sí refieren que es el momento en el que el niño más busca que le alivien el prurito. Los sitios en que se presentan las lesiones también son útiles en el diagnóstico ya que las axilas, los genitales, el ombligo y en niños pequeños las palmas, plantas, espacios interdigitales, cara y cuero cabelludo sumado al contacto epidemiológico casi asegura el diagnóstico de la enfermedad (figura 5).

La identificación del ácaro hembra, huevos o heces (escibalos) son la confirmación del diagnóstico.<sup>4, 7</sup> Se prefiere hacer la identificación en muestras tomadas de los túneles poniéndolos de manifiesto mediante la tinción con una gota de tinta china sobre las lesiones y retirando con un chorro de agua el resto. De los puntos negros se toma la muestra mediante el raspado suave con una hoja de bisturí que en forma previa se ha impregnado con aceite mineral y luego se traslada a una laminilla de vidrio y se observa bajo el microscopio. Cuando las



Figura 4. Sarna noruega. (Fotografía cortesía de la Dra. Sandra O. Martínez Pérez.)



Figura 5. Escabiosis. Signos de rascado crónico. Tomado de Vivier.<sup>22</sup>

muestras resultan negativas y bajo una fuerte sospecha diagnóstica, está indicada una prueba terapéutica.<sup>2</sup> También se ha recomendado recolectar la muestra de los detritus subungueales de los niños.<sup>8</sup>

Los nódulos y las zonas hiperqueratósicas de la sarna noruega no contienen *Sarcoptes* y por esto no se recomienda tomar muestras de estos sitios.<sup>9</sup> En contadas ocasiones (pacientes inmunosuprimidos) se debe contar con el diagnóstico de certeza y se debe recurrir a la biopsia de piel en donde se encuentra infiltración eosinofílica de la dermis, exocitosis, espongirosis y paraqueratosis. En el estrato córneo se encuentran los ácaros, huevos y heces.<sup>3</sup>

## Diagnóstico diferencial

**Dermatitis atópica.** Puede presentarse como pápulas pruriginosas en cara, cuello, tronco, superficies extensoras de brazos y piernas y en los pliegues antecubitales y poplíteos.<sup>10</sup> Las axilas, palmas, plantas, espacios interdigitales, ombligo y los genitales se encuentran sin enfermedad. La aparición de las lesiones es simultánea en varios sitios y no progresiva como la escabiosis. Está ausente el contacto y el carácter de la enfermedad es crónico con exacerbaciones y remisiones.

**Milliaria rubra.** La sudamina involucra los mismos sitios de la dermatitis atópica y pueden coexistir las dos enfermedades.<sup>11</sup> Es de evolución crónica y se exacerba con el calor y disminuye con el baño. Típicamente el niño se levanta en la mañana con menor cantidad de lesiones y estas empiezan a aumentar durante el día para decaer en intensidad de nuevo en la tarde y noche. Las lesiones tienden a aparecer y desaparecer en forma rápida dependiendo del grado de sudoración del niño. No hay compromiso en axilas, palmas, plantas, espacios interdigitales, ombligo ni genitales.

**Dermatitis de contacto.** En los lactantes el sitio más frecuente es el área del pañal que queda prácticamente dibujada con la aparición de las lesiones.<sup>12</sup> Se observa diseminación de las lesiones hacia la espalda baja, ocasionada por la intensa sudoración que produce el plástico en esta zona. No hay compromiso en otras áreas ni existen el contacto en casa. En los niños mayores se encuentran lesiones por contacto en los sitios donde el calzado produce fricción como el cuello del pie y el dorso del pie muy cerca de los dedos (cuando se usan sandalias).

En los niños que utilizan champú se pueden observar zonas papuloeritematosas levemente pruriginosas en el borde de implantación del cabello y en el borde de la axila.

De la presentación nodular de la escabiosis el prurigo nodular y la neurodermatitis son el diagnóstico diferencial

más frecuente. En el primero existe el antecedente de la alergia a la picadura de insectos y las zonas más afectadas son las expuestas del cuerpo (brazos y piernas).<sup>13</sup> En la segunda, las zonas papuloeritematosas pueden circunscribirse sin la típica diseminación de la escabiosis.<sup>14</sup>

**Otros diagnósticos.** Estos incluyen dermatitis seborreica, histiocitosis de células de Langerhans, urticaria papular, impétigo, pioderma recurrente, reacción a drogas y sífilis secundaria.<sup>4</sup>

## Tratamiento

El tratamiento debe comprender el uso de acaricidas, el manejo del prurito, el tratamiento de las complicaciones y el reestablecimiento de la integridad de la piel.

**Acaricidas.** En la tabla 1 se aprecian los medicamentos más utilizados en la actualidad en el tratamiento de la escabiosis. Algunas de las consideraciones especiales al iniciar un tratamiento antiescabiosis son las siguientes:

- Todos los miembros de la familia mayores de 2 meses de vida deben recibir tratamiento independiente de los síntomas que tengan.
- Debe avisarse a la guardería o jardín infantil para que se tomen las medidas sanitarias pertinentes (ver medidas sanitarias).
- Advertir a la familia que la desaparición completa de los síntomas puede tardar semanas.
- Los tratamientos tópicos deben ser aplicados en todo el cuerpo (para el caso de los lactantes) y del cuello hacia abajo para los mayores de 2 años. No deben bañarse los niños antes de aplicarse los medicamentos tópicos ya que esto favorece la absorción y los efectos neurotóxicos de algunos de ellos.

### Tratamiento de epidemias en comunidades cerradas.

Cuando se presenta un brote de casos de escabiosis en sitios de hacinamiento (hogares de bienestar, internados, guarderías) su control sólo puede alcanzarse cuando se da tratamiento a toda la población en riesgo. La ivermectina debe considerarse de elección en estos casos, en especial si han fracasado los tratamientos tópicos.<sup>16</sup>

**Tratamiento del prurito.** Aunque parezca lo menos importante, el prurito es lo que lleva a consultar al paciente con escabiosis. Existen dos alternativas que no son excluyentes para este manejo. La primera de ellas es el uso de antihistamínicos de primera generación (hidroxicina, difenhidramina, etc.) que pueden usarse sólo en las noches cuando el prurito es más intenso o durante el día en el caso de niños pequeños que no necesiten estado de vigilia. La dosis de hidroxicina es de 1 a 2 mg/kg/día y se reparte en dos dosis (jarabe con 12.5 mg/ml y gotas con 0.5 mg/gota). La dosis de la difenhidramina es igual, sólo

que se reparte en tres dosis durante el día (jarabe con 12.5 mg/ml). La duración del tratamiento debe extenderse al menos durante 2 semanas teniendo en cuenta que el prurito puede persistir más allá de la muerte de los ácaros, como resultado de la reacción de hipersensibilidad intradérmica a los restos del *Sarcoptes*. La segunda opción son las preparaciones tópicas antipruriginosas como el mentol y la calamina que se aplican a necesidad durante el día. El crotamitón tiene también potencia contra el prurito aparte de su acción acaricida.

**Tratamiento de las complicaciones.** Las principales complicaciones de la escabiosis son el impétigo

sobreagregado y la escabiosis nodular. Cuando un paciente se presente con escabiosis impetiginizada y se va a utilizar una presentación tópica (permetrina 5%, etc.) se prefiere iniciar el tratamiento antibiótico sistémico oral, si la extensión de la afectación lo amerita, o tópico antes de iniciar el tratamiento acaricida ya que la superficie cruenta de la piel alterada puede facilitar la absorción de sustancias lipofílicas y favorecer la neurotoxicidad de algunos de estos compuestos. El tratamiento se debe extender por 7 días y se debe tener en cuenta la etiología mixta de estas sobreinfecciones, en especial por *S. aureus* y *S. pyogenes*. Las opciones terapéuticas incluyen la dicloxacilina y las cefalosporinas de primera generación (cefalexina, cefradina,

Tabla 1. Acaricidas de uso más frecuente en niños<sup>3,17-21</sup>

Nombre	Presentación	Vía de aplicación	Dosis	Efectos adversos
Ivermectina. (Quanax). Tasas de curación entre 85 y 95%. Mayores de 15 kg. Se prefiere en pacientes con compromiso generalizado.	Gotas al 0.6% frasco por 5 ml.	Oral	200 mcg/kg-día (1 gota por kg.) en dos dosis separadas por 5 días. Para sarna noruega se recomienda asociar un escabicida tópico.	Cefalea, dolor abdominal, náusea y vómito. No debe administrarse en mujeres embarazadas o en lactancia.
Permetrina 5%. (Gammabenceno plus). Tasas de curación entre 91 y 100%	Crema tubo por 120 gramos	Tópica	Dos dosis separadas una semana. Para lactantes 6 horas de aplicación; preescolares 8 horas y escolares 10 horas. Debe aplicarse en todo el cuerpo (incluyendo la cabeza en los lactantes).	Cuando se aplica sobre piel con eczema puede absorberse y producir neurotoxicidad. No debe bañarse antes de aplicarlo porque aumenta su absorción.
Lindano. Tasas de curación entre 65 y 98%	Crema 1%	Tópica. No se consigue en Colombia.	Una sola aplicación durante 6 horas de la misma forma que la permetrina. No debe bañarse antes de aplicarlo porque aumenta su absorción.	Está contraindicado en pacientes con epilepsia y en menores de 2 años por el riesgo de neurotoxicidad.
Benzoato de bencilo. Tasas de curación entre 60 y 80%	Loción al 10 y 20%	Tópica. Se debe aplicar con un cepillo de dientes para cubrir las escamas y detritus subungueales. La aplicación incluye el cuello, desde la región retroauricular hasta los dedos de los pies.	Se indica en el tratamiento combinado con Ivermectina en Sarna noruega.	No se recomienda su uso en niños menores de 5 años por la quemadura que puede producir.
Azufre 6 – 8% precipitado en petrolato. Tasas de curación entre 50 y 70%	Fórmula magistral	Tópica	Una aplicación cada noche por 5 noches seguidas en todo el cuerpo.	Puede producir reacciones de hipersensibilidad. Parece ser la opción mas segura en embarazadas y recién nacidos.

cefadroxilo) en dosis de 50 mg/kg/día; las opciones tópicas incluyen la mupirocina, la bacitracina y el ácido fusídico aplicados 3 veces al día por 7 días.<sup>3</sup>

La escabiosis nodular constituye uno de los escollos para la completa desaparición de los síntomas del paciente, ya que no responde al uso de los acaricidas por corresponder a una reacción de hipersensibilidad, se ha recomendado el uso de acetónido de triamcinolona 0.1 ml intralesional (diluido hasta 2.5 – 5 mg/ml) en dosis única.<sup>3</sup>

### Reestablecimiento de la integridad de la piel.

Posterior al tratamiento de las lesiones, que en ocasiones incluye el manejo con agentes queratinolíticos como el azufre, existen cambios en la piel que ameritan la atención luego del tratamiento. Se deben indicar agentes emolientes y humectantes luego del baño general de los pacientes con cremas o lociones que contengan lanolina, glicerina o vaselina.<sup>18</sup> Las cremas y lociones con esteroides tópicos no fluorados (hidrocortisona, desonida, etc.) pueden ser utilizados en la segunda semana de tratamiento para contrarrestar el eczema y con ellos también se ayuda a disminuir el prurito.

Medidas sanitarias. Aunque no se ha aclarado su papel en la transmisión intradomiciliaria de la escabiosis, aún se recomiendan algunas estrategias para controlar este posible reservorio de la enfermedad.<sup>3</sup>

- Fumigar los colchones y muebles de tela de la casa. No deben olvidarse el coche del bebé y en ocasiones el caminador. Igual tratamiento debe recibir la alfombra y los tapetes. Los insecticidas con piretrinas (Cupex®, etc.) son una alternativa lógica.
- Debe lavarse la ropa con agua caliente y plancharse por lado y lado durante el tratamiento. La ropa que no pueda ser sometida al planchado puede asolearse por 4 horas o ser guardada por 7 días luego de la última postura ya que en ese tiempo el ciclo de vida interrumpido del ácaro lo destruye.

## Summary

**Practical management of child scabies.** Scabies is one of the most frequent infestations in children from third world. Its clinical manifestations differ according age, being newborn and infants who suffer the most faster and generalized clinical forms. The diagnosis is clinical and for the treatment we have many options being ivermectin the newer and very successfully because is taken orally in two doses and it have an high eradication rate equal

to topic permethrin 5%, one of the best therapeutic options. Also important it is to treat close contacts, itching, hygienic measures in home and day care services and recover the integrity of skin.

**Key words:** scabies, scabies treatment, ectoparasites.

## Bibliografía

1. Burkhart CG. Scabies: An epidemiologic reassessment. *Ann Intern Med* 1983; 98: 498-503.
2. Angel T. Infestaciones en el paciente pediátrico. *Clin Pediatr Norte Am* 2000; 47:973-6.
3. Hogan D. Diagnosis and treatment of childhood scabies and pediculosis. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:941-53.
4. Morgan-Glenn P. Scabies. *Pediatr Rev* 2001; 22: 267-74
5. Hurwitz S. Scabies in babies. *Am J Dis Child* 1973; 126: 226-8.
6. Hurwitz S. Scabies in childhood. *Pediatr Ann* 1980; 11: 226-35.
7. Botero D. Enfermedades causadas por artrópodos. En: *Parasitosis Humanas*. Medellín, CIB, 2 ED, 1992: 362-5.
8. Malerba A. Scabies. *eMed J* 2001; 2(11). En: <http://www.eMedicaljournal.com> (consultado en 21 de junio 2002).
9. Richey HK, Fenske NA, Cohen LE. Scabies: Diagnosis and Management. *Hospital Practice* 1986; 21: 124a-z.
10. Escobar C. Atopia. En: Falabella R, Escobar C, Giraldo N (Eds). *Dermatología. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 4 ed, 1990:54-61.
11. Falabella R. Miliaria. En: Falabella R, Escobar C, Giraldo N (Eds). *Dermatología. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 4 ed, 1990:166-8.
12. Falabella R. Dermatitis por pañal. En: Falabella R, Escobar C, Giraldo N (Eds). *Dermatología. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 4 ed, 1990:80-2.
13. Falabella R. Prurigo. En: Falabella R, Escobar C, Giraldo N (Eds). *Dermatología. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 4 ed, 1990:202-4.
14. Giraldo N. Neurodermatitis. En: Falabella R, Escobar C, Giraldo N (Eds). *Dermatología. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 4 ed, 1990:169-70.
15. Jiménez S. Piel normal y cosméticos. En: Zuluaga A, Uribe C, Velásquez G. *Terapia dermatológica. Fundamentos de Medicina*. Medellín, CIB, 1 ed, 1998:1-17.
16. Workowski KA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (RR-6):1-56.
17. Estes S. Diagnosis and management of scabies. *Med Clin North Am* 1982; 66:955-63.
18. Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2000; Issue 3 (CD ROM).
19. Conti I. Treatment of human scabies with oral ivermectin. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1999; 41:259-62.
20. Chosidow O. Treatment of scabies. *Lancet* 2000; 355:819-26.
21. Au T. Infestations. In: *Handbook of dermatology and venereology* (2000:323-35). <http://www.healthlinkusa.com/content/614.html>
22. Vivier A. *Atlas de dermatología clínica*. Madrid, Mosby, 2 ed, tomo IV, 1993:14.1-4.