

Sarna en lactante

A. M. Guallar Marqués, N. Martín Ruíz, R. Subirón Ortego, A. Doñate Avial, V. Adán Lanceta, S. Benito Costey

Servicio Pediatría. Hospital Obispo Polanco (Teruel)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2023; 53: 36-39]

RESUMEN

La escabiosis o sarna es una de las principales parasitosis de nuestro medio. Su diagnóstico es frecuentemente clínico. Sin embargo, posee diferentes formas de presentación y una gran variabilidad clínica. Actualmente disponemos de gran variedad de acaricidas tópicos eficaces. El más utilizado es la permetrina tópica al 5%. Presentamos un caso de sarna clásica, en una lactante de 6 semanas, con manifestaciones clínicas características de su edad de presentación.

PALABRAS CLAVE

Escabiosis, parasitosis, lactante.

Infant scabies

ABSTRACT

Human scabies is a parasitic dermatosis that is frequent in our environment. Its diagnosis is often clinical. However, it has different forms and huge clinical variability. Currently, we have many effective topical treatments. Topical 5% permethrin is most commonly used. We present a six-week-old female infant scabies case, with typical age clinical characteristics.

KEYWORDS

Scabies, Parasitic Diseases, infant.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis o sarna se debe a la infección cutánea producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*. El término escabiosis procede del latín «scabere», que significa «rascar». Se describió por primera vez en el siglo XVII, pero no fue reconocido hasta 1834⁽¹⁾. Se trata de una infestación muy común, de distribución mundial, siendo endémica en algunos países de América central y del sur⁽²⁾. En nuestro medio, supone una de las parasitosis cutáneas más frecuentes, junto con la pediculosis capitis⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Lactante de seis semanas de vida que acude a consulta para repetición de cribado endocrinometabólico. Antecedente de prematuridad tardía (35+4 semanas). Gestación sin incidencias, parto eutócico. Lactancia materna exclusiva. Residencia rural, en condiciones deficientes de salubridad, en la que conviven ambos padres, abuela materna y hermano de 16 meses.

Durante la exploración se apreciaron maculo-pápulas eritematosas con nódulos aislados dispersas por todo el

Correspondencia: Ana María Guallar Marqués

Servicio Pediatría. Hospital Obispo Polanco (Teruel)

Pedro Salinas, 5. 44002 Teruel

Teléfono: 687367137

amguallarm@salud.aragon.es

Recibido: noviembre de 2021. Aceptado: febrero 2022

cuerpo hasta cuello, con afectación palmoplantar. Se observó un surco acarino plantar, y lesiones impetiginizadas en muñecas. Los padres refirieron inicio de dichas manifestaciones hacía una semana, siendo valorada en Atención Primaria, e iniciando tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral, sin mejoría tras tres días de tratamiento. El padre presentaba lesiones pruriginosas en manos.

Ante la sospecha clínica de escabiosis, se indicó aplicación de permetrina 5% a todos los convivientes, repitiéndola a la semana siguiente, junto con medidas higiénicas estrictas en domicilio. Se prescribió cefadroxilo vía oral por impetiginización cutánea.

Cinco semanas después, consultan de nuevo por reaparición de las lesiones tras un periodo de mejoría. Esta vez las lesiones eran más hiperqueratósicas con distribución distal, surcos acarinos en muñecas y pies (figura 1) y afectando a cuero cabelludo con una costra melicérica en calota craneal (figura 2). En abdomen presentaba una placa eritematosa de gran tamaño (figura 3). El resto de los convivientes negaron tener síntomas. Tras la entrevista con la familia se confirmó buen cumplimiento terapéutico, por lo que se recomendó repetir dos dosis de permetrina a todos los convivientes, y se prescribió amoxicilina-clavulánico vía oral para tratar el impétigo. En control clínico a los doce días, mostró clara mejoría clínica, manteniendo eritema residual en espalda sugestivo de componente atópico.

DISCUSIÓN

Sarcoptes scabiei (variedad *hominis*) se trata de un parásito humano obligado, altamente contagioso y su transmisión se produce principalmente por contacto humano directo íntimo y prolongado⁽⁴⁾, por lo que es inusual el contagio escolar⁽⁵⁾. Este ácaro puede persistir tres días fuera de la piel humana, lo que posibilita la transmisión indirecta mediante fómites (ropa de cama, vestuario). Existe mayor riesgo de contagio a mayor carga parasitaria⁽⁴⁾.

Los principales factores de riesgo son el hacinamiento y la inmunodepresión. Por ello, es más frecuente en meses fríos o áreas urbanas. Aunque no existe asociación clara con una higiene deficiente, un buen nivel de salubridad se relaciona con formas más leves⁽²⁾.

Su periodo de incubación, de tres a seis semanas, favorece la propagación⁽⁶⁾. Fisiopatológicamente, las lesiones cutáneas son la reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia de huevos, detritus fecales (escóbalos) o al propio parásito en la piel. En las reinfecciones, el periodo de incubación es más corto (1-4 días) y la clínica es más leve⁽⁷⁾.



Figura 1. Afectación plantar. Lesiones impetiginizadas. Surco acarino.



Figura 2. Costra melicérica y lesiones hiperqueratósicas en calota craneal.



Figura 3. Placa eritematosa en abdomen con lesiones maculopapulares y nódulos.

Tabla I. Manifestaciones clínicas de la sarna clásica, según edad de presentación.

Mayores de dos años	Menores de dos años
Prurito intenso, nocturno y “desproporcionado”	Irritabilidad Menor prurito
Pápulas eritematosas Surco acarino “Eminencia acarina o perla escabiótica”	Pápula vesículo-pustulosas o nódulos Sobreinfección cutánea (impétigo) Fiebre y adenopatías
Afectación bilateral y simétrica	Afectación generalizada
Pliegue interdigital y lateral de dedos Flexura de muñeca Extensión codo, rodilla y tobillo Axila y areola mamaria Periumbilical Glúteo y genitales	Cara (pliegue retroauricular) Cuello Cuero cabelludo Plantas y Palmas (frecuente bajo las uñas)

El diagnóstico clínico es suficiente para iniciar tratamiento. Si se desea confirmación, debe identificarse al parásito, sus huevos o sus detritus fecales. Para ello, podemos utilizar el test de Müller o la dermatoscopia. En caso de dudas diagnósticas, podría realizarse una biopsia cutánea⁽⁷⁾.

La sarna posee gran variabilidad clínica (tabla I)⁽⁵⁾. Se caracteriza por un intenso prurito, principalmente nocturno, que respeta la cabeza, se inicia de forma insidiosa y puede llegar a ser desproporcionado a las lesiones cutáneas⁽⁶⁾. Las lesiones más frecuentes son las pápulas eritematosas y los surcos acarinos, que se distribuyen de forma bilateral y simétrica, principalmente a nivel de área interdigital, flexura de muñecas, áreas extensoras de codo, rodilla o tobillos, pliegues axilares, areola mamaria, zona periumbilical, área interglútea y genitales^(4, 5). Dichos surcos, terminan en una vesícula llamada «eminencia acarina»

o «perla escabiótica» donde se encuentra el parásito^(4, 5). Frecuentemente, los niños son los únicos sintomáticos, pero el prurito en todos los convivientes es prácticamente patognomónico⁽⁵⁾. En menores de 2 años, la sintomatología es diferente, siendo más frecuente la aparición de pápulas vesículo-pustulosas o nódulos que forman ecemas generalizados, afectación en zonas atípicas como cara, cuero cabelludo, área palmoplantar, digital e incluso ungueal. El prurito se manifiesta como irritabilidad, y en menores de 2-3 meses puede estar prácticamente ausente. En muchas ocasiones se producen sobreinfecciones cutáneas, pudiendo acompañarse de síntomas generales como fiebre y adenopatías^(4, 7).

La infestación habitual contiene 10-12 ácaros, pero en casos de inmunodepresión, puede producirse una infestación masiva, dando lugar a la sarna costrosa o noruega.

Se caracteriza por manchas eritematosas hiperqueratóticas de inicio en plantas, palmas y cuero cabelludo, que posteriormente se generalizan. El prurito es mínimo. El tratamiento tópico no atraviesa la piel hiperqueratósica, por lo que es una de las principales indicaciones de tratamiento oral^(2,7).

La sarna nodular puede darse en lactantes o niños de corta edad, presentándose en forma de nódulos escabíoticos, menores de 5-6 mm, de coloración marrón-rojizo, pruriginosos y de consistencia dura. La localización habitual son pliegues inguinales y axilares, genitales, glúteos y axilas. Se deben a una reacción granulomatosa, pudiendo persistir las lesiones meses, e incluso años, tras la erradicación de los ácaros. Se pueden tratar con corticoides tópicos o intralesionales, incluso corticoides orales 7-10 días⁽⁷⁾.

Existen gran cantidad de acaricidas, pero el más utilizado es la permetrina tópica al 5%. Se trata de un piretroide sintético, que se aplica por toda la superficie cutánea, excepto en la cabeza, durante 8-14 horas. Se recomienda una segunda aplicación tras 7-10 días. Su absorción cutánea es mínima y las esterases cutáneas la inactivan, por lo que no es perjudicial en neonatos o lactantes. A los menores de dos años se les recomienda aplicación también en el cuero cabelludo, evitando la región periorbitaria y peribucal⁽⁴⁾.

Existe como alternativa el lindano (hexacloruro de gammabenceno) al 1%. Se aplica durante 6-8 horas y se repite tras una semana para completar el efecto ovicida. Posee una eficacia cercana al 90%, similar a la permetrina, pero se prefiere evitar su uso debido a su potencial neurotóxico, y su relación con casos de anemia aplásica. Contraindicado en menores de dos años, epilépticos, embarazadas y lactantes⁽⁷⁾.

El precipitado de azufre al 6 o 10%, es el escabicida más antiguo, todavía utilizado en muchos países debido a su bajo precio. Posee una eficacia cercana al 80%. Se aplica cada 24 horas durante tres días consecutivos. Es muy seguro y se puede usar en grupos donde está contraindicada la permetrina como menores de dos meses, embarazadas y lactantes. Sin embargo, tiene mala tolerancia por su irritación local, mal olor, y manchar la piel y la ropa, por lo que hoy en día está en desuso⁽⁷⁾.

En paciente que haya fracasado el tratamiento tópico, o sea imposible realizarlo (brotes en instituciones),

inmunodeprimidos o sarna noruega se puede valorar la ivermectina oral (200 mcg/Kg) en una única dosis y repetir a los 7-14 días (contraindicado en menores de 15 Kg, menores de 5 años y en embarazadas). Puede ser teratogénico⁽⁶⁾. En caso de sarna noruega, puede ser útil la asociación con queratolíticos tópicos como el ácido salicílico 3-5%⁽⁷⁾.

El tratamiento siempre deberá ser simultáneo para todos los convivientes, incluyendo a asintomáticos. Además, se recomienda lavar ropa de cama y vestuario a 60°C, o bien, si no es posible, dejar los objetos cerrados en una bolsa hermética, durante mínimo tres días⁽⁴⁾. Solo se recomendará ingreso hospitalario en casos de inmunosupresión, o sepsis⁽⁶⁾. Se debe evitar en lo posible el ingreso, ante el riesgo de brote intrahospitalario⁽²⁾.

A pesar de la correcta erradicación de los ácaros, es posible la persistencia de prurito y lesiones durante al menos 3 semanas, debido a la reacción de hipersensibilidad contra los restos de dichos microorganismos que permanecen a nivel cutáneo⁽²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Largo Uceda M, Sanz-Robles H, García-Romero D, Zarco C. Sarna Neonatal. *Pediatr Barc*. 2007; 66(5): 538-44.
2. García-Dorado J, Alonso-Fraile P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(4): 301-20.
3. Gómez García R, Guerrero-Fernández J, de Lucas Laguna R. Micosis y parasitosis cutáneas. En: Guerrero-Fernández J, Cartón-Sánchez A, Barreda-Boniss A, Menéndez-Suso J, Ruiz-Domínguez J, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª ed. Madrid: Panamericana; 2017: 1313-4.
4. Sánchez-Bernal J, Monte-Serrano J, Aldea-Manrique B, Zarate-Tejero I. Escabiosis en lactante: diagnóstico dermatoscópico y test de Müller. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23: 83-6.
5. Rodríguez-Moldes Vázquez B, Hernández Martín A. Sarna. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2014; 7(1): 16-22.
6. Taberner Ferrer R, Nadal Nadal A. Sarna. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 13-oct-2013; consultado el 20-09-2021]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
7. García-Patos Briones V. Escabiosis. En: Moraga Llop FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007; 159-63.