

SARNA TRATAMIENTO 2022

La sarna o escabiosis es una dermatosis provocada por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*. Se transmite contacto directo de piel con piel, a través de fómites y con el contacto con animales infestados, donde son necesarios un tiempo de contacto de 15-20 minutos. Existen factores favorecedores

El síntoma cardinal es el picor y la urticaria que suele iniciarse de forma insidiosa a los 15-20 días después del contagio, salvo en reinfestaciones, donde puede acortarse a 1-3 días. La intensidad es máxima en la noche, al acostarse y al mojarlas en agua caliente. Al rascarse con las uñas el paciente produce lesiones que fácilmente son contaminadas por bacterias o hongos que complican el cuadro. También abarca todo el cuerpo con excepción de la cabeza y la espalda.



Se describen dos tipos de lesiones elementales:

Lesiones directas. Las de mayor valor diagnóstico son los "**surcos acarinos**" (Imagen 3. Tomada de Lauzuricadema.com)⁵. Expresión de los túneles epidérmicos labrados por la hembra. Son trayectos lineales, levemente sobreelevados y eritematosos, y que miden varios milímetros. Al final de los mismos, se detecta una fina vesícula que corresponde al sitio donde está alojado el parásito: la denominada eminencia acarina o perla escabiótica o vesícula perlada de Bazin⁶ (Imagen 4. Tomada de Dermatoweb.udl.es). Son lesiones vesiculosas, transparentes, menores de 1 milímetro.



Lesiones indirectas. Las producidas como una reacción cutánea a la presencia del ácaro y por los efectos lesivos del rascado. Encontramos pápulas, lesiones sobreelevadas y eritematosas de distribución bilateral, simétrica y generalizada. En pacientes atópicos, es fácil encontrar elementos nodulares, de 6 a 10 mm de diámetro, intensamente pruriginosos, denominados nódulos acarinos (Imagen 5 Tomada de Dermatopixel.com.), que se localizan en: codos, manos, axilas, flancos, escroto, pene y pliegues sub e interglúteos.



Otras lesiones secundarias que podremos observar son: costras, escamas, ampollas, zonas de ecematización o lesiones impetiginizadas, que pueden dificultar la observación nítida de surcos y vesículas.

En mujeres adolescentes, es habitual la afectación de la zona areola y pezón, y en el hombre, lesiones en el pene y escroto. También, en abdomen y región periumbilical en ambos sexos.

No es infrecuente que, en algunos casos, la erupción y el picor puedan persistir varias semanas, incluso meses, después del tratamiento adecuado con los escabicidas. Posiblemente, sea debido a que aún se mantienen reacciones de hipersensibilidad a los ácaros muertos o a sus deyecciones, que permanecen atrapadas en la capa córnea.

Las complicaciones infecciosas secundarias más frecuentes son las complicaciones dérmicas entre ellas las piodermitis por *Staphylococcus aureus* resultado de la contaminación de las lesiones de la piel. Esta sobreinfección podría derivar en complicaciones infecciosas: ectima, impétigo, celulitis, linfangitis y sepsis

Diagnóstico

El diagnóstico de sospecha es eminentemente clínico. El examen visual de la superficie de la piel, buscando las eminencias acarinas y los surcos, suele ser determinante en la mayoría de casos.

El diagnóstico de confirmación se basa en la identificación del ácaro, y/o de los huevos, y se hace con un primer examen directo. Consiste en colocar una cinta adhesiva transparente o raspar las lesiones (Test de Müller Imagen 6. Tomada de www.Dermapixel.com) y observarla.⁷ Existen otras posibilidades diagnósticas como la microscopía de epiluminiscencia mediante dermatoscopio manual o videodermatoscopia de alta resolución



TRATAMIENTO

Generalidades sobre el tratamiento de la sarna:

Los ácaros pueden sobrevivir entre 10 y 36 horas fuera del huésped a temperatura ambiente. Deberíamos realizar medidas fundamentales en el abordaje terapéutico de la escabiosis

- ✓ Establecer un diagnóstico clínico adecuado
- ✓ Aislamiento sanitario del paciente hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento
- ✓ Instaurar medidas higiénicas simultáneas a la aplicación del medicamento
- ✓ Seleccionar el tratamiento escabicida conforme a la edad y forma de presentación
- ✓ Proporcionar al paciente, y/o a los padres y contactos una información detallada, tanto escrita como verbal, sobre mecanismos de transmisión,
- ✓ Prevención y las medidas terapéuticas a adoptar
- ✓ Informar detalladamente sobre la forma de administración del acaricida (tiempo de permanencia en contacto con la piel, correcta aplicación)
- ✓ Indicar el acaricida de la cabeza a los pies en niños y del cuello a los pies en adultos
- ✓ No utilizar otros cosméticos simultáneos al uso del acaricida, para no alterar su absorción
- ✓ Tras finalizar el tratamiento, el paciente se duchará y cambiará de ropa de vestir y de ropa de cama
- ✓ Tratar adecuadamente las prendas que estuvieron en contacto con la piel de los pacientes. Lavarla, secarla y/o plancharla a temperatura superior a 60°. Si no se puede lavar, se guardará en una bolsa cerrada durante 9-10 días
- ✓ Pasar la aspiradora por toda la casa, desechando la bolsa posteriormente
- ✓ Tratamiento de todos los contactos próximos
- ✓ Tratamiento de sobreinfecciones secundarias
- ✓ Tratar a las mascotas si presentan lesiones
- ✓ Seguimiento del paciente a la semana y a las 4 semanas postratamiento

Pautas de tratamiento específico de la escabiosis para niños mayores de 2 años y adultos:

Tratamientos tópicos

- ✓ **Permetrina al 5%, de elección**
- ✓ **Lindano al 1%**
- ✓ **Crotamitón crema al 10%**
- ✓ **Azufre al 3-6%, o 5-10%, o 40% en precipitado en petróleo**

Debe de aplicarse el líquido en la superficie cutánea por la noche en aplicación única en capa fina, desde el cuello hasta las palmas y plantas, con especial énfasis en determinadas áreas, como son: espacios interdigitales, muñecas, codos, axilas, mamas, glúteos, zona periumbilical y genitales. Y dejarlo actuar durante 8-14 horas para después ducharse

Al cabo de 24 horas de haber realizado el tratamiento ya es mínimo el riesgo de contagio; no obstante, es muy recomendable realizar una segunda aplicación entre 7 a 14 días y aconsejables controles clínicos a las 2 y 4 semanas.

Tratamientos sistémicos

- ✓ **Ivermectina oral** en dosis única de 150-200 µg/kg (0,2 mg/kg) en personas mayores de 15 kilos.

En el caso de la ivermectina la dosis debe de ser administrada por vía oral, ingerida con un vaso de agua, antes de una comida. Este debe de ser aplicado en el caso de que los tratamientos tópicos no hayan hecho efecto o si tiene intolerancia tópica a alguno de ellos. Se deberá interrumpir el tratamiento tópico cuando se aplique el sistémico

No sólo trataremos la infestación sino la posible **eccematización** (con corticoides tópicos) y la **sobreinfección** bacteriana con antibiótico local o sistémico, si la hubiera.

Tratamiento de los contactos:

- ✓ Tratar a la vez a todos los miembros sintomáticos de la familia.
- ✓ Tratar a los contactos sexuales.
- ✓ Tratar a todos los compañeros de habitación y a los cuidadores si presentan síntomas.
- ✓ Lavar la ropa interior, vestidos, sábanas y toallas. Aspirar habitación en caso de sarna noruega a causa de la gran cantidad de ácaros presentes bajo las costras
- ✓ Además, se recomienda lavar los fómites (sábanas, ropa...) a más de 40°C.

Tratamiento sintomático

Requiere tratamiento el **prurito o picor** intenso siendo la toma por vía oral de un antihistamínico de efecto sedante la terapéutica más útil:

- ✓ Dexclorfeniramina 2-6 mg/8-12 horas o Hidroxicina 25 mg/ 8 horas
- ✓ Ebastina 10 mg 1 comprimido cada 12 horas

El prurito, que puede durar semanas, aún después de que la sarna haya desaparecido. El prurito puede persistir después de la finalización del tratamiento tópico. Esto es debido a que la reacción alérgica tarda en mejorar pese a que los insectos están ya muertos. El prurito también se puede aliviar con paños frescos y lociones de calamina o similares.

En caso de haber **sobre infecciones**, principalmente por rascado, utilizar Mupirocina tópica cada 8 horas.

Los nódulos cutáneos pueden persistir y se pueden tratar con triamcinolona intralesional.

Bibliografía

- 1- García Dorado J, Alonso Fraile P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral* 2012; XVI(4): 301-320
- 2- Frade A, Azálgara M, Rodríguez O. Sarna. www.fisterra.com. Revisión Abril 2013.
- 3- Dalmau J, Vila A, Peramiqúel L, Puig L. Escabiosis. *Rev Farm Prof.* 2004; 18-11: 48-51
- 4.- Simão Aiex L, Ortiz Pérez A, Contreras Roca M^aB. Escabiosis o sarna: cuándo la debemos sospechar, y cómo tratarla. *Med fam Andal* 2019; 20-2: 38-41
- 5.- <https://lauzuricaderma.com>
- 6.- <http://dermatoweb.udl.es/>
- 7- www.dermapixel.com