

CONSIDERACIONES SOBRE EL CONTROL DE LA ESCABIOSIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Rubén José Larrondo Muguercía,¹ Rubén P. Larrondo Lamadrid,² Aymée Rosa González Angulo³ y Luis Manuel Hernández García⁴

Resumen: Se analizan las diferentes causas del incremento de la incidencia de la escabiosis en los últimos tiempos. Se exponen las características clínicas y los métodos de diagnóstico. Se precisan las modalidades terapéuticas y las medidas de control de la escabiosis a nivel primario de atención médica.

Descriptores DeCS: ESCABIOSIS/prevención & control; ESCABIOSIS/terapia; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MEDICOS DE FAMILIA.

La escabiosis o sarna es una parasitosis cutánea, cosmopolita, que epidemiológicamente provoca brotes o epidemias en un aproximado de cada 30 años, sin que se tengan evidencias científicas de la causa de este fenómeno.¹

En Cuba, a partir de 1959, se controló paulatinamente la incidencia de esta enfermedad hasta límites mínimos, y constituyó en algunos lugares un diagnóstico raro.² A principios de la década del 90, comienza a notarse un aumento paulatino del número de casos de ésta a lo largo de todo el país;

no obstante, la capacidad del sistema de salud cubano y en particular del subsistema del médico de la familia logró controlar el problema; sin embargo, a partir de 1992 es sustancial el aumento de la escabiosis, y se coloca entre las primeras causas de morbilidad dermatológica en el país.³

La situación epidemiológica pudiera explicarse por diferentes causas:

1. Nuestro país debe encontrarse epidemiológicamente en el inicio de un ciclo de aumento natural de la incidencia

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo". Ciudad de La Habana.

² Especialista de I y II Grados en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán". Ciudad de La Habana.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente en Logopedia y Foniatría. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás". Ciudad de La Habana.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Subdirector del Policlínico Docente "Puentes Grandes". Ciudad de La Habana.

de la enfermedad que ocurre cada 30 años.

2. La deshabitación del personal médico en el diagnóstico de la enfermedad, debido a la mínima incidencia en los últimos 15 años.
3. La aparición de variantes clínicas atípicas de la enfermedad. Es de notar lo difícil que resulta encontrar un "surco acariano" en un paciente de nuestro tiempo, lo que dificulta aún más el diagnóstico.
4. La resistencia del paciente y/o sus familiares ante el diagnóstico de "sarna", lo que produce una dilatación en la aplicación de medidas terapéuticas por un lado y un incremento en la transmisibilidad por otro.
5. El modo de vida occidental en que nuestro país se ve envuelto debido al desarrollo social alcanzado: movilidad rápida de la población, albergamiento frecuente, tendencia a la liberalidad sexual y uso común de ropas, las cuales en su mayoría no son hervibles ni planchables por citar algunos ejemplos.

Todo lo anterior contribuye a que el número de casos se incremente paulatinamente como se observa en la actualidad. Las características epidemiológicas de esta enfermedad indican, singularmente, que su control sólo puede producirse en un país donde el nivel primario de atención sea óptimo como en Cuba.

El diagnóstico, la búsqueda de contactos, el control del foco, el tratamiento, el seguimiento y la educación para la salud que entraña la escabiosis, debe tener su máximo exponente en el médico de la familia, tanto en consultorios, como en círculos infantiles, escuelas, campamentos o cualquier otra labor que desarrolle, siempre en relación estrecha con los otros niveles de atención médica y muy en especial con el

dermatólogo interconsultante del área de salud.

Desarrollo

La escabiosis (sarna, roña, rasquera, salpullido inglés, salpullido portugués) es la infestación humana por el *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*. Es la primera enfermedad humana de causa conocida, su agente causal fue descubierto por *Geovani Bonomo* en el año 1687.⁴⁻⁶ Este cuadro depende de la interrelación huésped—parásito, desde el contacto con el ácaro hasta el inicio de los síntomas clínicos, deben pasar entre 3 y 4 semanas; sin embargo, si un individuo padeció anteriormente de sarna, se reinfesta sólo en 24 horas,⁷⁻⁹ elemento que debe tenerse en cuenta, pues en muchas ocasiones es lo que perpetúa los síntomas de la enfermedad. Por ejemplo, en un núcleo familiar de 4 personas hay 1 que enferma inicialmente y contagia a las 3 restantes en momentos diferentes (que estarán sin síntomas en las próximas 4 semanas), el caso inicial es tratado con antiparasitarios (pero él sólo), el resto de los familiares se niega por la ausencia de síntomas, paulatinamente van apareciendo los síntomas en el resto de los familiares, y se contagia nuevamente el caso inicial, pero esta vez sólo en 24 horas; puede producirse un fenómeno de infestación -reinfestación en forma de retroalimentación positiva muy difícil de controlar.

En la sarna clásica se encuentran los surcos o galerías labrados en la noche por la hembra fertilizada por el macho para depositar sus huevos. Es una erosión superficial que mide entre 0,5 y 2 cm, de color grisáceo y de forma rectilínea, curva o sinuosa y que en uno de sus extremos se observa una pequeña vesícula perlada (eminencia acariana de Bazin), éste es un signo patognomónico de la afección;^{6,10} es de

notar, que los surcos son muy difíciles de encontrar en la actualidad,^{1,11-13} esto ha influido en la demora en el diagnóstico o en la realización de un diagnóstico equivocado del caso, lo que perpetúa la contagiosidad del paciente.

Otras lesiones muy sugestivas de la escabiosis son: excoriaciones lineales, pápulas decapitadas por el rascado, microvesículas, costras, pequeñas pústulas, ronchas y hasta placas eczematizadas en sitios típicos. La sarna presenta, evidentemente polimorfismo lesional.^{6,11,14,15}

El síntoma cardinal de la sarna es el prurito o picazón, en ocasiones insoportable, con la característica típica de ser predominantemente nocturno, momento en el cual se están labrando los surcos como habíamos comentado anteriormente,^{6,10,13} este elemento ha de tenerse en cuenta pues, si bien en la mayoría de las afecciones cutáneas pruriginosas el síntoma se intensifica en horas de la noche cuando disminuye la atención, se puede asegurar que sólo la escabiosis es capaz de despertar a un paciente por el intenso prurito nocturno que provoca.^{1,2,4-15} La periodicidad horaria del prurito constituye uno de los elementos más importantes en el diagnóstico de esta enfermedad.

Las múltiples lesiones cutáneas que se evidencian en la sarna se caracterizan por localizarse en sitios típicos, estos son: espacios interdigitales de los dedos de las manos, cara anterior de las muñecas, codos, pliegue axilar anterior, región periumbilical, pliegue interglúteo y subglúteo; en el hombre tiene predilección por el pene, en la mujer por la areola mamaria y en los niños se localiza además en la cabeza, las palmas de las manos, las plantas de los pies y en los tobillos.^{6,10,12,14}

El cuadro clínico hasta aquí expuesto corresponde con la sarna clásica o sarna habitual; sin embargo, día a día se presen-

tan casos sin las características clínicas descritas, conformando las formas clínicas atípicas o variedades de la sarna, éstas son: sarna en personas aseadas, sarna de incógnito, sarna nodular, sarna noruega y sarna transmitida por animales,^{1,7,13,16,17} estas variedades sólo mantienen en común el hecho del prurito eminentemente nocturno, elemento que debe tomarse como parámetro altamente sugestivo de sarna en el momento actual. Además, las complicaciones de esta enfermedad se observan también con mucha frecuencia, esto debe tenerse presente, sobre todo, al instaurar la terapéutica antiparasitaria. Sería incorrecto utilizar lociones antiparasitarias en una piel inflamada y; por consiguiente, con mayor capacidad de absorción del medicamento, lo que sin duda, aumenta el riesgo de toxicidad de éstos.¹⁸⁻²⁰ La sarna eczematizada es muy frecuente en nuestro medio debido, fundamentalmente a: automedicación, errores diagnósticos y sobretatamiento anti-parasitario;^{7,9,10,19} por otro lado, la escabiosis impetiginizada, muy frecuente en niños,¹ se ha observado igualmente en el adulto, lo que complica la situación, sobre todo, pues hay que posponer la terapéutica antiparasitaria por algún tiempo.^{19,20} Ante esta eventualidad hay que actuar rápidamente para evitar la glomerulonefritis aguda posestreptocócica consecutiva a una sarna secundariamente infectada.^{9,11,12,14,15}

El diagnóstico de la enfermedad ha sido eminentemente clínico siempre; sin embargo, hoy por hoy se recurre en múltiples ocasiones a la búsqueda macroscópica del parásito, en otras ocasiones se evidencian éstos en un corte hístico al analizar una biopsia de piel.^{9,21} De la rapidez con que se haga el diagnóstico, depende, en algunos casos, hasta la vida del paciente. Si un cuadro de escabiosis no se diagnostica y se deja evolucionar puede provocar una franca eritrodermia, ésta conduce a un

hipermetabolismo cutáneo con el consiguiente aumento compensatorio del gasto cardíaco; si el paciente fuese un anciano con disfunción cardíaca anterior, se produciría un fallo cardíaco e incluso la muerte.^{8,9} Por otra parte, el estreptococo betahemolítico del grupo A de Lancefield es frecuentemente productor de piodermitis sobreañadidas a esta infestación parasitaria, y se pueden producir reacciones inmunomediadas que determinarían cuadros clínicos tan graves como la fiebre reumática y la glomerulonefritis aguda postestreptocócica. Es de significar, sin embargo, que las cepas estreptocócicas que colonizan la piel, producen, con mucho, más glomerulonefritis que carditis, por lo que aquella debe ser la complicación más temida.^{9,11,12,14,15}

Los parámetros que se deben tener en cuenta para el diagnóstico de la escabiosis son los siguientes: prurito intenso y eminentemente nocturno, polimorfismo en las lesiones elementales observadas, localización típica de las lesiones cutáneas y casos similares en el núcleo familiar, laboral o de otro tipo. Si estos elementos aparecen en un paciente, el diagnóstico de sarna es indudable; no obstante, si no se cumplen todos ellos, pero, la sospecha continúa siendo elevada, el caso debe ser interconsultado con el nivel secundario para realizar raspado cutáneo y/o biopsia de piel si fuera necesario.

La sarna es además considerada una enfermedad de transmisión sexual,²² es frecuente la asociación de un chancro escabiósico y un chancro sífilítico; inclusive, el polimorfismo de la escabiosis puede recordar clínicamente a la sífilis secundaria (que también es polimorfa). Debido a esto, debe investigarse sífilis ante todo caso de sarna, técnicas como el examen de campo oscuro y el VDRL están formalmente indicadas, no para descartar la sarna, sino para

detectar una superposición de ambas enfermedades,^{9,11,15,22} que son, sin duda, 2 grandes simuladoras en dermatología.

La sarna noruega o sarna encostrada fue descrita por primera vez por *Danielsen* y *Boeck* en el año 1840, en esa oportunidad en un paciente afectado por lepra. Se han reportado epidemias de esta variedad de sarna entre los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); por tanto, es necesario investigar éste en todo paciente con esta forma clínica atípica de la enfermedad.²³

Una vez realizado el diagnóstico positivo, el médico de la familia debe examinar a todos los convivientes y a todas aquellas personas que mantengan una relación estrecha con el paciente, en la comunidad o en su circuito laboral o estudiantil, para ello, coordinará con sus compañeros de centros de trabajo, escuelas o círculos infantiles para que procedan de igual forma. Cada caso de contacto que presente lesiones será otro caso de sarna; sin embargo, los contactos que no tengan lesiones deberán ser educados y persuadidos sobre la importancia del cumplimiento de las medidas que se indiquen por el facultativo. Sería ésta la clave del éxito en el control de la enfermedad en la atención primaria.

Las medidas terapéuticas en la escabiosis conforman un conjunto indisoluble, el incumplimiento de sólo una de ellas provocaría el fracaso terapéutico y, por consiguiente, en el control de la enfermedad.

El tratamiento epidemiológico es sumamente importante. Se deben tratar de igual forma a todos los convivientes y a todas aquellas personas que se relacionan con el paciente de acuerdo con sus actividades sociales; aquellas realizarán el tratamiento en la misma fecha que el caso inicial.^{19,20}

La desinfección de fómites es otro elemento necesario en el control definitivo de la enfermedad, es importante que todas las

personas que serán tratadas usen ropa hervible y que la ropa no hervible sea bien lavada y guardada durante 5 días. Debe hervirse la ropa durante 10 minutos diariamente según el esquema que se utilice, de igual forma se procederá con toallas y ropa de cama. En los casos de conglomerados sociales (escuelas en el campo o al campo, campamentos del EJT o del SMG, contingentes constructivos o agrícolas) el médico coordinará para que los fómites sean sometidos a atmósfera de vapor o aerosoles con DDT.

Un elemento que se debe tener en cuenta es el recortado de las uñas. Durante el rascado se rompen los túneles, y los huevos del ácaro quedan debajo de las uñas; además, éstas favorecen la infección bacteriana sobreañadida; ellas son, por tanto, difusoras de los ácaros de una zona a otra de la piel, así como complicantes del cuadro parasitario, y actúan, por consiguiente, como un fómite.^{2,6,11,19-21,24}

La terapéutica medicamentosa incluye medicamentos para uso sistémico y preparaciones tópicas. El prurito debe combatirse siempre con el uso de antihistamínicos H-1 a las dosis habituales.²⁵ Si existiera impetiginización del cuadro, se usarán antibióticos orales o parenterales específicos contra el estreptococo como las penicilinas, los macrólidos y las cefalosporinas, los ciclos oscilarán entre 10 y 14 días.²⁵⁻²⁷

Tópicamente se usarán baños antisépticos de sulfato de zinc y lociones antipruriginosas como la loción de zinc acuosa para mejorar el estado de la piel.^{19,20,28} Los sarcopticidas recomendados actualmente son, en orden de prioridad: permetrina al 5 %, lindano al 1 % y benzoato de bencilo al 25 %.^{13,27,28}

Se pueden utilizar diferentes esquemas de tratamiento: en la noche y a la mañana siguiente (12 horas de diferencia), 2 noches seguidas, 3 noches seguidas y, 1 sola noche para repetir 7 días más tarde, este último esquema es el más preconizado, sobre todo si se usa la permetrina o el lindano.²⁹

En cuanto a fitofármacos, se han encontrado efectos antiparasitarios en: *Parthenium hystephorus* (escoba amarga, confitillo artemisilla), *Momordica charantia* (cundeamor, cundeamor chino) y *Moltinga oleifera* (paraiso francés, palo jeringa, ben).^{30,31} El profesor *Pedro Regalado Ortiz González*, primer dermatólogo de las fuerzas armadas revolucionarias, aconseja utilizar estos preparados sólo bajo prescripción facultativa y por un período de 5 noches seguidas. Una formulación magistral sería la siguiente:

R/ Extracto fluido de hojas
y flores de:
Escoba amarga 20 mL
Alcohol de 80 grados
Agua destilada 100 mL
Rot/loción

Los sarcopticidas deben untarse tanto en las zonas de piel enferma como en las zonas de piel sana, en los adultos se usa el producto puro del cuello hacia abajo por todo el cuerpo, en los niños se diluye a la mitad en agua hervida y debe incluirse en la untura el cuero cabelludo y la cara, con mucho cuidado para que el medicamento no caiga en los ojos.^{19,20,28}

Ninguna medida terapéutica es superior a la otra, todas conforman el arma necesaria para el control de la enfermedad. El cumplimiento correcto de éstas sólo puede ser estrechamente supervisado por el médico de la comunidad, por tanto, el control de la escabiosis en cada área de salud será exitoso cuando los médicos de la familia sean capaces de dominar todas las medidas anteriormente expuestas.

Comentario

El sistema nacional de salud cubano cuenta con los elementos necesarios para controlar el aumento de la incidencia de la escabiosis en los últimos tiempos, éste debe ser desa-

rollado íntegra y definitivamente en la atención primaria de salud, nivel donde sólo es

posible cumplimentar todas las medidas necesarias para ello.

SUMMARY: The different causes of the increase of the scabies incidence during the last times are analyzed. The clinical characteristics and the diagnostic methods are exposed. The therapeutic modalities and the measures to control scabies at the primary health care level are also determined.

Subject headings: **SCABIES/prevention & control; SCABIES/therapy; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS; FAMILY.**

Referencias bibliográficas

1. Orkin M, Maibach H. Sarna en niños. *Clin Pediátricas de Norteamérica* 1978;2(2):371-85.
2. Rigol O, Pérez F, Fernández Perea J, Fernández JE. *Medicina General Integral*. Tomo 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1985:251-2 y 260-2.
3. Larrondo RJ, González AR, González FE, Larrondo RP. Estudio de la morbilidad por enfermedades de la piel en un consultorio del médico de la familia en dos años de trabajo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 8(2):1992:139-43.
4. Pardo V. *Dermatología y Sifilografía*. La Habana: Editorial Burgay y CIA, 1927:541-9.
5. Zieler K. *Tratado y atlas de las enfermedades de la piel y venéreas*. Buenos Aires: Editorial Labor, 1940:230-2.
6. Pardo V. *Dermatología y Sifilología*. La Habana. Editorial Cultural SA, 1953:1428-35.
7. Orkin M. Today's scabies. *JAMA* 1975; 233(1):882-5.
8. Shuster S. Comprensión de las enfermedades de la piel. *TRIANGULO* 1992;30(1/2):1-15.
9. Rook A, Wilkinson DS. *Tratado de dermatología*. Cuarta edición. Barcelona: Editorial DOYMA, 1986; vol 2: 1079-93.
10. Domonkos AN. *Tratado de dermatología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:554-7.
11. Lamberg S. *Manual de dermatología práctica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:101-2.
12. Fernández G. *Dermatología*. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1986: 241-4.
13. Mieras C. Parasitosis cutáneas. *Rev GLOSA*, 1990;2(1):9-10.
14. Abreu Valdéz A, Sagaró B, Castanedo C, Fernández F, Fernández G, et al. *Dermatología*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1973:321-7.
15. Nasemann T, Sauerbrey W, Calap J. *Enfermedades cutáneas e infecciones venéreas*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:116-7.
16. Keipert J. Norwegian scabies. *Aust J Derm* 1986;27(1):29-32.
17. Muncuoglu Y, Ruffi T. Infestación en el hombre por *Sarcoptes scabiei* var *bovis*. *Antología dermatológica* 1981;7(1):57.
18. Collazo S, Salazar M, Cortina M, Pérez T. Iatrogenia en dermatología. *Acta Médica* 1992;6(1):14-20.
19. Larrondo RP, Díaz de la Rocha J, Díaz de la Rocha A, Larrondo J. *La terapéutica dermatológica*. Actualización Fármaco-terapéutica, 1980;4(3):5-49.
20. Larrondo RP, Hernández LR, Carmona O, González AG, Larrondo RJ. *Terapéutica medicamentosa de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en nuestro medio*. Actualización Fármaco-terapéutica, 1984;8(1):3-22.
21. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 7ma. edición. Philadelphia. J B Lipincott, 1990:379-380.
22. Robertson DHH, Mc Millan A, Young H. *Enfermedades de transmisión sexual*. Ciudad Habana. Editorial Científico-Técnica, 1984:368-375.
23. Orkin M. Escabiosis y SIDA. 18 Congreso mundial de Dermatología. Nueva York 12-18 Junio 1992. En *SANDORAMA* 1992; 3(SUPLEMENTOS):108.
24. Benenson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Informe oficial de la asociación americana de salud pública. *OPS*, 1985;(442):155-156.

25. Krupp M, Chatton MJ. Diagnóstico clínico y tratamiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984; t1:79.
26. Berkow R. El manual de Merck. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1988;t3:1865-6.
27. Bartlett J. Pocket book of infectious disease therapy. Baltimore: William & Wilkins, 1993:139 y 239.
28. Larrondo RP, Hernández LR, Larrondo RJ, Romero MI, Larrondo HM, Valdés S, et al. El formulario en dermatología. Actualización Fármaco-terapéutica 1987;11(4):3-26.
29. Muñoz B, Villa LF. Manual de medicina clínica. Diagnóstico y terapéutica. 2da. ed. Madrid. Editorial Díaz de Santos, 1993:412.
30. González R, Chiong R, Pascau LJ. Terapéutica a ectoparásitos del género de los ácaros con *Momordica charantia* en roedores. Informe preliminar. Rev Cubana Med Militar 1991;20(1):30-9.
31. Roig JT. Diccionario botánico de nombres vulgares cubanos. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1988:343-4 ; 385 y 759.

Recibido: 8 de diciembre de 1995. Aprobado: 11 de enero de 1998. Dr. *Rubén José Larrondo Muguercía*. Calzada No. 603 entre B y C, apto. C, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.