

LA SARNA HUMANA: ASPECTOS CLÍNICOS PARTICULARES

Dres. Doss, N.,*
 Dhaoui, M.R.,*
 Ben Tekaya N. Youssef S.,*
 Ben Mously R.

INTRODUCCIÓN

La sarna o escabiosis es una enfermedad parasitaria debida al *Sarcoptes scabiei var hominis*. La primera descripción fue hecha en el siglo XII por Avenzoar y su alumno Averroes. El parásito fue aislado recién en 1834 por Renucci.¹

La sarna, conocida por su evolución cíclica ha acompañado siempre a los grandes movimientos migratorios de las poblaciones, sobre todo durante las guerras. Dada su asociación a las condiciones precarias de higiene, se tiene, en general, como una enfermedad vergonzante.

Recientemente ha habido un aumento del interés sobre la sarna debido al incremento de su frecuencia en todo el mundo, la existencia de aspectos clínicos atípicos (los cuales confunden el diagnóstico) y la existencia de nuevas estrategias terapéuticas informadas recientemente.

Dado lo anterior, emprendimos el presente trabajo cuyos objetivos son:

1. El estudio de los perfiles epidemiológico, clínico y evolutivo de los casos de escabiosis observados a nivel del Servicio de Dermatología del Hospital Militar de Túnez durante un período de tres años.
2. Sensibilizar y familiarizar a los médicos prácticos con los diferentes aspectos clínicos de la sarna humana.
3. Proponer actitudes terapéuticas y preventivas de los diferentes aspectos clínicos informados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo conducido por tres años (Enero 1966-Diciembre 1998).

Dado que el diagnóstico de sarna se basa esencialmente sobre datos anamnésicos y clínicos, no incluimos en este trabajo sino aquellos casos clínicamente característicos y

donde pudieron hacerse controles adicionales los días 7 y 15 post-diagnóstico.

La noción de estadía en un lugar de arresto o la existencia de personas con la misma sintomatología en el entorno cercano son elementos a favor del diagnóstico de escabiosis.

La búsqueda microscópica del parásito no se hizo sino en algunos casos.

El tratamiento prescrito fue el mismo para todos los pacientes (dos aplicaciones de veinticuatro horas cada una de una solución escabicida a base de benzoato de bencilo al 25% asociadas con la desinfección de las vestiduras y al tratamiento del entorno si esto fuese indicado).

La eficacia del tratamiento se apreciaría en los días séptimo y décimo quinto posteriores al diagnóstico y la terapia iniciales.

Los datos estadísticos se analizaron con el programa Logiciel EPI info versión 6.

RESULTADOS

Duración del estudio Enero 1996 - Diciembre 1998. Número total de pacientes incluidos 382, distribuidos en el tiempo así:

| | |
|------|-----|
| 1996 | 102 |
| 1997 | 137 |
| 1998 | 143 |

El número total de pacientes de primera vez varía anualmente entre 3.100 y 3.400. El número total de consultas anuales varía entre 7.900 y 7.500

Edad $23,6 \pm 3,3$ años

Sexo masc. 85,07% - fem 14,93%

62,04% de los pacientes eran soldados.

Higiene habitual (frecuencia media de duchas) una vez cada dos semanas.

Duración de la evolución de la sintomatología: 27 ± 7 días.

* Departamento de Dermatología, Hospital Militar, Túnez.
 Adress: Nejib DOSS M.D. - Head of the Department of
 Dermatology Military Hospital of Tunis - 1089 Tunis - Tunisia
 - tél & Fax: 00 216 1 870163

| | |
|------------------------------------|--------|
| Lugar presunto de la contaminación | |
| lugar de detención | 44,5% |
| domicilio familiar | 14,92% |
| cámara de guardia | 17,8% |
| baño | 12,04% |
| sin precisar | 10,74% |

Conocimiento de episodio anterior; se halla en 15% de los pacientes. No se encontraba evidencia de influencia de las estaciones en la incidencia.

El cuadro clínico de la sarna en nuestros pacientes se resume así:

Prurito: Síntoma fundamental, presente en todos los casos. Tiene predominancia nocturna, pero 20% de los pacientes informa que es continuo. El prurito es extenso y se halla sobre todo a nivel del tronco y de los genitales externos. El dorso en cambio está libre con frecuencia.

La noción de ataque al entorno se encuentra sólo en un caso de cada dos. Es evidente en aquellos que vienen de casas de arresto, lugares donde la promiscuidad es notoria. En los otros casos en los cuales la noción de ataque familiar es menos evidente, ello puede deberse a la dificultad de mantenimiento del *Sarcoptes* fuera del huésped y a la mejoría en las condiciones de vida.

Así el prurito en la sarna no es necesariamente familiar. El examen clínico de nuestros pacientes nos señala: Lesiones de rascado, inespecíficas, pero presentes en 91 % de los casos.

| | |
|---------------------|--------|
| Chancros escabiosos | 30,10% |
| Nódulos escabiosos | 24,86% |
| Vesículas | 22,77% |
| Surcos | 15,44% |

Los dos últimos tipos de lesión están sobre todo en las manos y nos han permitido, en algunos casos dudosos, poner en evidencia al ***Sarcoptes*** en esas lesiones.

En cambio, los chancros y nódulos escabióticos se encuentran fundamentalmente a nivel de los genitales externos y se constituyen en claves del diagnóstico. El rascado es la fuente de la sobreinfección de las lesiones.

Se deduce de nuestros resultados que los signos patognomónicos y específicos pueden faltar en casos auténticos de sarna. La semiología varía de acuerdo al terreno y sobre todo en función de la edad.

DISCUSIÓN

Epidemiología: El *Sarcoptes*, hembra mide alrededor de 0,4 mm de diámetro. Después de la fecundación deposita sus huevos en el surco. Las larvas eclosionan después de 4 días, salen del surco y maduran a los diez días. **El parásito adulto no sobrevive sino 24 a 36 horas fuera del huésped humano.**

La contaminación se hace esencialmente por contacto directo (pacientes que comparten una cama). La contaminación indirecta rara en diferentes estudios anteriores, nos ha parecido más evidente y plausible en nuestro trabajo. Quizá explicable por el hecho que la mayoría de nuestros pacientes usan el mismo lecho de reposo dadas las condiciones de su trabajo.

Ciertos sitios son más propicios a la diseminación a saber: las prisiones, (De hecho, el 44,5% de nuestros pacientes nos han consultado después de una estadía en una casa de arresto); las casas de retiro,³ los centros de cuidado donde los pacientes permanecen largo tiempo,⁴ así como los baños turcos.

Los desplazamientos poblacionales bien en las guerras o las migraciones constituyen un ambiente favorable para la eclosión y desarrollo de muchas epidemias, entre ellas la sarna. El diez por ciento de los inmigrantes etíopes que fueron a Israel tenían sarnas

Ciertos autores han insistido sobre el hecho que las personas en contacto frecuente con el parásito desarrollan una cierta adaptación a él. La sintomatología en ellos será menos marcada que la de aquellos que sólo se infectan ocasionalmente.⁶ No obstante, ningún estudio ha demostrado el desarrollo de una inmunidad adquirida real frente al *Sarcoptes*.⁷

Se admite que la incubación es de tres semanas. Nuestros resultados nos parecen indicar que puede ser más corta quizá por las pobres condiciones de vida de la mayoría de nuestros pacientes.

Frecuencia: Está aumentando en muchas partes del mundo. En 1991 se calculaba en trescientos millones el número de individuos infectados.⁸ En Túnez, la incidencia es de 170 casos por cada 100.000 habitantes/año. En ciertos países la sarna constituye un real problema de salud pública así en Egipto la tasa de infección llega al 80% en ciertas localidades.⁹⁻⁷⁰ En Etiopía la frecuencia de las dermatosis parasitarias: sarna, pediculosis y oncocercosis es del 46% en Kenya la sarna representaba el 17,6% de las dermatosis observadas en las escuelas durante 1993, en Vanuatu la frecuencia de la sarna es del 16%.¹¹

Los retrasos en la consulta son variables (de una semana a cuatro meses). Los retrasos de larga duración se explican no por tardanza en la consulta inicial sino por retraso en el diagnóstico a nivel de la consulta de primera línea. **De ahí, el interés y la importancia de sensibilizar a los médicos generales en las instituciones de consulta inicial sobre el polimorfismo clínico de la sarna.** Además de los signos ya descritos en la sección de resultados (los cuales pueden estar asociados o no), la escabiosis puede adoptar cuadros clínicos muy modificados bien por circunstancias del terreno del paciente o bien por el uso de medicaciones como los corticoides por vía general o local. La sarna costrosa ("noruega") cubre clásicamente todo el tegumento, pero ciertos

autores han informado sobre formas localizadas.^{14,15} Los corticoides locales se encuentran entre los factores que favorecen la aparición de la sarna costrosa.¹⁶

Una forma particular de tipo de erupción papulosa, pruriginosa, incluso urticariforme extensa, puede aparecer después de la infestación inicial. Los exámenes parasitológicos e histológicos a nivel de las lesiones dan resultados inespecíficos. Las lesiones que nos ocupan han sido llamadas "escábides" por analogía con las "eczemátides" y las dermatofitides.

En algunos casos la sintomatología se limita al prurito aislado sin lesiones específicas o cuando mucho a algunas lesiones genitales aisladas. El diagnóstico se sostiene sobre un conjunto de elementos anamnésicos. Se trata aquí de la llamada sarna de las personas limpias.

Dado que la sarna se considera como enfermedad de transmisión sexual (ETS) muchos de nuestros pacientes nos fueron referidos con el diagnóstico de chancros sifilíticos. Se trataba de chancros escabióticos. No hemos encontrado en nuestros pacientes ETS alguna, excepto dos casos de ftiiriasis pubis. Ello que a primera vista parece inesperado, se confirma por un estudio epidemiológico australiano el cual prueba que la sarna se encuentra asociada más con malas condiciones de higiene que con la promiscuidad sexual.¹⁷ De hecho a nivel de una consulta dermatológica de pacientes en condiciones precarias en el Hospital Saint Louis de París, la sarna representaba el 56,6% de los motivos de consulta.¹⁸

Para el diagnóstico positivo de la escabiosis la búsqueda del parásito a nivel de las lesiones no es siempre de gran ayuda, ello se debe a lo siguiente:

- a.- La rareza de la lesión patognomónica (surco) sede de los parásitos,
- b.- Al número reducido de parásitos por paciente (una decena por término medio)¹⁹
- c.- La especificidad de las lesiones genitales.

Se han propuesto medios diversos para mejorar el rendimiento de la búsqueda; entre ellos la microscopía de epiluminiscencia, método confortable, ya que no precisa del raspado.²⁰ En todo caso, cualquiera que fuese la especificidad del método de búsqueda del parásito, un resultado negativo no elimina la posibilidad diagnóstica.¹⁹

Los estudios histológicos pueden al máximo poner en evidencia al *Sarcoptes* bajo la capa córnea. Aparte de esto no hay signos específicos en las lesiones elementales. En cambio, en los nódulos escabióticos podrá no encontrarse el parásito pero sí una acantosis con hiperqueratosis y un infiltrado mononuclear dérmico el cual está a favor de una reacción de hipersensibilidad celular.

Concluimos en que **el diagnóstico positivo de la sarna humana descansa en elementos anamnésicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos. No existe ningún examen biológico específico de la enfermedad.**

Tratamiento

El tratamiento propuesto para todos los adultos no infectados nor otros gérmenes fue el benzoato de bencilo al 25% (ver Materiales y Métodos). Se asociaba la desinfección de las vestimentas con un polvo de hexaclorohexano. En 85% de los casos el tratamiento fue eficaz desaparición del prurito y mejoría de lesiones cutáneas, el 55% al finalizar la primera semana y el 30% adicional al terminar la segunda semana. En el restante 15% la mejoría fue más lenta lo cual se explica por la presencia de nódulos los cuales reaccionan con lentitud. El benzoato de bencilo sigue siendo uno de los tratamientos más eficaces.²² No obstante, la adición de crotamiton al 10% en pomada mejora aún más la tasa de curación.²³ El tratamiento de las formas sobre infectadas (lo cual ocurrió en la mayoría de nuestros pacientes) hace necesaria la administración de antibióticos por vía oral y de antisépticos locales antes de comenzar la terapia específica.

En todos los casos la limpieza del cuero cabelludo por un shampoo antiparasitario y el tratamiento de las personas del entorno mejoran los resultados del tratamiento.

Muchos trabajos han informado sobre la eficacia de la ivermectina tanto por vía sistémica como local, en la escabiosis sobre todo en personas inmunodeprimidas.^{8,15,24,25,26} Algunos autores la han propuesto incluso como alternativa al benzoato de bencilo.²⁷ La ivermectina se emplea por vía oral a la dosis de 200 ug por Kg peso en dosis única.

Prevención

- Se apoya en los siguientes puntos:
- Conocimiento de las diferentes variedades clínicas y sus localizaciones.
 - Un diagnóstico precoz limita la diseminación.
 - Higiene elemental en los focos que mantienen la sarna. Un estudio australiano muestra que la introducción de máquinas de lavar, en una población aborigen permitió disminuir significativamente la presencia de escabiosis en esta población.²⁸
 - Educación y sensibilización del personal responsable de los focos que proporcionan la enfermedad.
 - La prevención sin embargo debe mantenerse por un tiempo suficiente.²⁹

CONCLUSIÓN

La sarna sigue siendo una enfermedad frecuente y desafortunadamente no diagnosticada, debido a su polimorfismo clínico. Los aspectos clásicos bien conocidos, se han hecho raros, de tal modo que el diagnóstico de la escabiosis se ha transformado en un desafío para el médico práctico.⁷

El medio carcelario sigue siendo uno de los mayores proveedores de sarna. La localización genital nos parece particularmente frecuente y amerita toda nuestra atención.

El tratamiento clásico a base de benzoato de bencilo sigue siendo eficaz. Puede mejorarse mediante la adición del crotamiton al 10% en pomada y por el desparasitaje del cuero cabelludo, ya que el Sarcoptex ha sido aislado a ese nivel.³⁰ El protocolo de tratamiento debe modularse en función del estado de las lesiones (sobreinfectadas o no) y del terreno (adulto, niño, mujer embarazada).

El tratamiento por la ivermectina es prometedor pero necesita ser observado con cuidado todavía. La lucha contra la sarna debe ser sostenida y continua. Será difícil erradicar la afección, pero reducir su expansión se encuentra a nuestro alcance.¹⁹

COMENTARIO EDITORIAL

Hemos traducido gustosamente, del francés, el interesante trabajo del Cnel. Dr. Doss y colaboradores de Túnez. Las condiciones en las cuales se desarrolló la acción de los distinguidos médicos tunecinos parece a primera vista peculiar; un hospital militar, una proporción importante de soldados detenidos presumiblemente por razones disciplinarias. Un medio geográficamente y quizá culturalmente alejado del nuestro. No obstante, los resultados nos suenan familiares. Importancia del hacinamiento y de las costumbres higiénicas. Una clínica alejada de las descripciones clásicas. Los no especialistas tienen dificultades en el diagnóstico. El prurito es un signo constante. Las lesiones genitales, sin nada que ver con contactos sexuales, son llamativas. El tratamiento clásico es aún efectivo (aunque no se hace mención de efectos colaterales y de quejas por parte de los pacientes).

Estoy seguro que la concreta y clara información proporcionada por los autores será útil a los dermatólogos venezolanos.

**Dr. Mauricio Goihman Yahr,
Editor "Dermatología Venezolana"**

BIBLIOGRAFÍA

1. Parish L.C. History of scabies in Scabies and Pediculosis. Ed. Lippincott Company 1977 Philadelphia; pp: 1-7.
2. Demoures B, Nkodo-Nkodo E, Mbam-Mbam L. Les soins de santé primaires en milieu carcéral: à propos d'une expérience camerounaise. Santé 1998; 8: 212-6.

3. Haag ML, Brozena SJ, Fenske NA. Attack of the scabies: what to do when an outbreak occurs. Geriatrics 1993; 48: 45-6, 51-3.
4. Holness DL, DeKoven JG, Nehercott JR. Scabies in chronic health care institutions. Arch dermatol 1992; 128:1257-60.
5. Mumcuoglu KY, Miller J, Manor O, et al. The prevalence of ecto parasites in Ethiopan immigrants. Isr J Med Sej 1993; 29: 371-3.
6. Rufli T. Domestic ectoparasitoses, a review. Schweiz Med Wochenschr. 1993; 123: 1268-73.
7. Downs AMR, Harvey I, Kennedy CTC. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. Epidemiol Infect 1999; 122: 471-77.
8. Gallais V, Bourgault-Villada I, Chosidow O. Poux et gale: nouveautés cliniques et thérapeutiques. Presse Med 1997; 26: 1682-6.
9. Kenawi MZ, Morsy TA, Abdalla KF, Nasr ME, Awadalla RA. Clinical and parasitological aspects on human scabies in Qalyobia Governorate, Egypt. J Egypt Soc Parasitol. 1993; 23: 247-53.
10. El Okbi LM, Sarwat MA, El Sayed MH, Et al. Epidemiological studies on human scabies in Cairo. J Egypt Soc parasitol 1993; 23: 795-808.
11. Figueroa JI, Fuller LC, Abraha A, et al. Dermatology in Southwestem Ethiopia: rationale for a community approach. Int J Dermatol 1998; 37: 752-8.
12. Schmeller W. Community Health workers reduce skin diseases in east African children. Int J Dermatol. 1998; 37: 370-7.
13. Harris M, Nako D, Hopkins T, et al. Skin infections in Tanna, Vanuatu in 1989. PNG Med J 1992; 35: 137-43.
14. Lewis EJ, Connolly SB, Crutchfield CE, et al. Localised Crusted scabies of the scalp and the feet. Cutis 1998; 61: 87-89.
15. Dourmishev AL, Serafimova DK, Dourmishev LA, et al. Crusted scabies of the scalp in dermatomyositis patients: three cases treated with oral ivermectin. Int J Dermatol 1998; 37: 231-234.
16. Marliere V, Roul S, Labreze C, et al. Crusted scabies induced by use of topical corticosteroids and treated succesfully with ivermectin. J Pediatr 1999; 135: 122-4.
17. Hart G, Factors associated with pediculosis pubis and scabies. Genitourin Med 1992; 68: 294-5.
18. Arfi C, Dehen L, Benassaia E, et al., Dubertret L. Consultation dermatologique en situation de précarité: étude prospective médicale et sociale á l'Hdspital Saint- Louis á Paris. Ann Dermatol Venereol 1999; 126: 682-6.
19. Parish LC, Witkowski JA. The saga of ectoparasitoses: scabies and pediculosis. Int J Dermatol. 1999; 38: 432-3.
20. Brunetti B, Vitiello A, Delfino S, et al. Findings in vivo of Sarcoptex scabiei with incident light microscopy. AAE Ed J. 1998; 8: 266-7.
21. Nassar A., Monieb K., Khattab H. Histopathological, immuno histopathological and ultrastructural study of post scabietic nodules. J Pan arab League Dermatol. 1996; 7: 93-103.
22. Henderson CA, Nykia M: Treatment of scabies in rural east africa A comparative study of two regimens. Trop Doct 1992; 22: 1657.

-
23. Amer M, Mostafa FF Nasr AN, El Harras M. The role of mast cells in treatment of scabies. *Int J Dermatol* 1995; 34: 186-9.
 24. Del Giudice P., Marty P Ivermectin: a new therapeutic weapon in dermatology? *Arch Dermatol* 1999; 40: 37-40.
 25. Bukhart KM, Bukhart CN, Bukhart CG. Our scabies treatment is archaic, but ivermectin has arrived. *Int J Dermatol.* 1998; 37: 231-234.
 26. Humbert Ph. Gale et ivermectine. *Nouv Dermatol* 1996; 15: 244-245.
 27. Glaziou P, Cartel JL, Alzieu P, et al. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 1993; 44:331-2.
 28. Lloyd CR. washing machine usage in aboriginal communities. *Aust NZJ Public Health* 1998; 22: 695-9.
 29. Imenez -Lucho VE, Fallon F, Caputo C, et al. Role of prolonged surveillance in the eradication of nosocomial scabies in an extended care veterans affairs medical center. *Am J Infect Control* 1995; 23: 44-9.
 30. Alinovi A., Pretto ME. Scabietic infestation of the scalp: a clue for puzzling relapses. *J Am Acad dermatol.* 1994; 31: 492-3.