

Manejo en Atención Primaria de Escabiosis en una Familia con Ruralidad Extrema

Primary Care Management of Scabies in a Family with Extreme Rurality

Gustavo Saint-Pierre Contreras^{*,**}; Fernando Valenzuela Ahumada^{***}
& Francisca Jauregui Rojas^{****}

SAINT-PIERRE, C. G.; VALENZUELA F.; JAUREGUI, R. F. Manejo en atención primaria de escabiosis en una familia con ruralidad extrema. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(3):919-925, 2016.

RESUMEN: La dermatoparasitosis producida por el acaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, presenta una distribución poblacional relacionada al hacinamiento, condiciones higiénicas deficientes, pobreza y características geo-climáticas. El contagio ocurre de forma directa cutánea o a través de fómites. Liquiñe, poblado fronterizo de la Región de los Ríos, Chile, presenta en gran parte de su población las características mencionadas, con difícil acceso a comunicación digital y derivación médica. La incidencia de sarna se ve modificada al realizar intervenciones educacionales y saneamiento local, tanto como el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno logran una modificación sustancial de la prevalencia. Se presenta el reporte de un caso. Paciente sexo femenino, 33 años, que presenta lesiones por grataje, excoriadas, con pápulo-pústulas de dos años de evolución, con manejo inicial sintomático por diagnóstico de dermatitis y psoriasis sin mejora de las lesiones. Conjuntamente se identifica en la hija de 4 años, lesiones primarias de características similares a las iniciales. Las lesiones de la menor se presentan como vesículas en espacio interdigital, muñecas, región periumbilical y surco acarino, compatibles con sarna. Se inicia tratamiento tópico permetrina 5 % a toda la familia, basados en las recomendaciones de la guía de manejo MINSAL. Se logra tras 2 años de evolución regresión total de los signos y síntomas a los 2 meses de iniciada la terapia. La presente revisión de caso pretende reforzar las ideas de diagnóstico precoz, tanto de caso índice como de probables contactos, educación continua a la comunidad. Tratamiento efectivo y oportuno, adecuado a la realidad socio cultural de cada localidad, tomando en cuenta factores de riesgos para la presentación y el abandono de la terapia. Así mismo promover las redes institucionales para la distribución de tratamiento, asesoramiento por especialistas y conocimientos actualizados de la semiología de cada cuadro dermatológico por el médico general.

PALABRAS CLAVE: *Sarcoptes scabiei*; Permetrina; Ivermectina; Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Liquiñe, en Mapudungún, ojos lagrimosos, es un poblado fronterizo a 15 km del paso internacional Carirriñe perteneciente a la comuna de Panguipulli, Chile. La Población atendida en la posta de salud rural es de 2.200 personas. Liquiñe se encuentra a 77 km del hospital más cercano y a 211 km del Hospital Base Valdivia, su centro derivador de especialidades.

Dada las condiciones comunicacionales, a diferencia del resto de la región, no se ha podido acceder a la tele-interconsulta dermatológica. Un programa ministerial que brinda el servicio para el diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista a los rincones más extremos del país. Por tanto, el manejo de patologías dermatológicas se realiza en la posta rural por

* Médico General de Zona, Hospital Santa Elisa de Mariquina, San Jose de la Mariquina, Chile.

** Laboratorio Embriología Comparada, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.

*** Departamento Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**** Clínica Alemana de Valdivia, Valdivia, Chile.

médicos generales, en escasas ocasiones se logra derivar directamente para la atención por especialista en el hospital base de la región.

Las consultas dermatológicas promedio por mes que requieren reevaluación por médico especialista es de alrededor de 5 pacientes, muchos de ellos con múltiples consultas en atención primaria por sus patologías relacionadas con la piel, pero sin el acceso fácil al Hospital de Valdivia para controles constantes o sin el dinero para comprar los medicamentos necesarios para el tratamiento de su patología.

Es por ello que el Hospital de Valdivia, creo una canasta de medicamentos para el manejo de pacientes que estén asignados a las interconsultas virtuales. Debido a las condiciones comunicacionales del poblado no ha sido factible instalar dicho sistema de manejo.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de escabiosis en atención primaria de salud, con un tórpido manejo por parte de los médicos de la posta de salud rural por años, para luego discutir las actualizaciones en la patología y el manejo adecuado en la atención del médico no especialista

REPORTE DE CASO

Paciente sexo femenino de 33 años, sin antecedentes mórbidos, con lesiones en piel de 2 años de evolución con múltiples tratamientos entregados por médico no especialista, sin resolución clínica.

La paciente consulta en cinco ocasiones en el periodo de un año presentando lesiones de grataje, excoriaciones, pápulo-pústulas en distintos grados de evolución, en todo el cuerpo. En primera instancia se realiza manejo con medicamentos antihistamérgicos orales como clorfenamina a dosis de 12 mg día y corticoides, tanto sistémicos (prednisona 10 mg día, vía oral), como tópicos (betametasona dipropionato 0,05 % en ungüento) aplicada por periodos de 15 días en áreas extensas de piel, consiguiendo regresión parcial de los síntomas, con el posterior incremento de estos en el lapso de un año de manejo. Abandona

terapia médica, producto de la no resolución en la sintomatología.

El primer diagnóstico presuntivo de sus tratantes fue una dermatitis de contacto irritativa, dada la no regresión de las lesiones corporales se le diagnostica como psoriasis vulgar, solo dejando tratamiento cortico-esteroidal en pulsos de 30 mg día por 7 días al mes, con escasa mejora sintomatológica.

Luego de 6 meses, la paciente ingresa con lesiones en placa excoriadas, con signos de grataje con piel gruesa descamativa sangrante, con extensas áreas de grataje (Figs. 1, 2 y 3).



Fig. 1. Lesiones hiperqueráticas, con esbozos de los surcos acarinos. Lesión de dos años de evolución. Lesiones secundarias tipo liquen plano.



Fig. 2. Lesiones interdigitales, típicas de Escabiosis.



Fig. 3. Lesiones en espalda, Diagnóstico diferencial Liquen Plano, Se aprecia en tercio medio lesiones tipo surco acarino. Lesión en evolución de 2 años con tratamiento múltiples de Corticoterapia Tópica, generando una Escabiosis Incognita

Esta vez la paciente consulta por quinta ocasión junto a su hija, quien presenta lesiones similares a las de su primera consulta. Estas lesiones se describen como excoriaciones en espacio interdigital, muñecas, región periumbilical, con surco acarino, vesículas, con signo de grataje, sin áreas que impresionen con sobre infección bacteriana (Figs. 4 y 5).

Producto de los múltiples manejos con corticoesteroides y la observación de estrías abdominales blanquecinas, se solicitó una batería básica de exámenes, donde no se apreció alteraciones al hemograma, función renal, función hepática ni alteración del Test de Tolerancia a la Glucosa (ayuno: 89 mg/dl; post carga glucosa: 128 mg/dl) descartando así complicaciones derivadas del tratamiento esteroidal.

Dado la clara semejanza con el cuadro de *Sarcoptes scabiei* en la menor de 4 años, se decide iniciar tratamiento a ambos familiares con un esquema de 3 días de tratamiento – 4 de descanso – reinicio de tratamiento por 3 días. Con control a la semana y a los 2 meses posterior al tratamiento farmacológico.

Al caso índice, posteriormente se le indica crema lubricante 2 veces al día hasta el control del tratamiento. La respuesta fue satisfactoria, una

mejoría sustancial de los síntomas a los 2 meses, disminución del grosor de las placas y áreas con resolución casi completa de las lesiones.



Fig. 4. Probable surco acarino en tercio medio fotografía asociado a lesiones excoriadas, con grataje en menor de 4 años. Lesiones de reciente aparición (aproximadamente 1 mes)



Fig. 5. Lesiones de grataje en tórax anterior en menor de 4 años.

DISCUSIÓN

La intención del presente artículo es la actualización del manejo de la escabiosis en Chile, incluyendo las medidas medio ambientales y las consideraciones a tomar en áreas extremas de nuestro territorio, siguiendo la mejor evidencia posible en la actualidad, considerando el acceso a medicamentos en las áreas rurales de nuestro país.

La escabiosis o sarna, se produce por un ectoparásito, el *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, cuya transmisión se produce por contacto directo persona a persona o por fómites donde el ácaro permanece viable durante 2 a 5 días (Apt, 2014). Al ser la transmisión por contacto cercano, es más fácil la transmisión de padres a hijos en la vivienda, potenciado por la mayor sobrevivencia del ácaro en áreas frías. Tal como ocurre en el reporte descrito (Chosidow, 2006).

Se reportan aproximadamente 300 millones de casos anualmente en todo el mundo, comúnmente en población menor de edad, adultos institucionalizados, asilos de ancianos y adultos jóvenes con contacto sexual (Mason *et al.*, 2016).

Las variedades no humanas que presentan los animales domésticos, no presentan el ciclo completo de reproducción, por tanto, su contagio y desaparición de la misma será autolimitado (Heukelbach & Feldmeier, 2006).

La prevalencia en Chile consta de registros bastante desactualizados, siendo el último de 1999 por el grupo de Saavedra con una prevalencia de 1 al 5 % en población general (Moreno, 2011).

El diagnóstico de certeza se realiza a través de acaro test positivo (Moreno), el cual, no se encuentra disponible en áreas rurales del sur de Chile. Por tanto, el diagnóstico es clínico y el tratamiento ajustado a la realidad local. La semiología incluye presencia de prurito de predominio nocturno, antecedente de contacto familiar con sarna, tipo y distribución de las lesiones las que se describen como:

surco acarino, de varios milímetros a 1,5 cm de longitud y que corresponde a la manifestación externa de los túneles; las vesículas perladas, de 0,5 a 1 mm producida por la reacción inflamatoria con engrosamiento de la capa córnea y aumento de las papilas dérmicas. Estas lesiones se ubican preferentemente en los pliegues corporales, regiones donde la piel es más delgada. Las localizaciones más frecuente son pliegues interdigitales y muñecas (63 %), cara interna de antebrazos, axilas, surco mamario, región genital, periumbilical, rodillas y tobillos. En zonas de alta endemia con una prevalencia de 13 % como el África Subsahariana, la presencia de prurito, al menos dos lesiones sugerentes o un miembro de la familia afectado, tiene una sensibilidad de 100 % y una especificidad de 97 % (MINSAL, 2007).

Para un exitoso tratamiento se deben seguir paso a paso los siguientes procedimientos, tal como lo recomienda la Norma Ministerial. (Tabla I).

No existen revisiones sistemáticas en la literatura comparativas entre tratamientos, no obstante la librería Cochrane pone a vuestra disposición una síntesis amplia de la literatura, con la revisión de 19 artículos primarios comparativos entre los distintos tratamientos tanto tópicos como de administración oral. Para este estudio se consultó los registros de Cochrane además de los motores de búsqueda de MEDLINE, EMBASE, LILACS e INDMED.

Tabla I. Principios generales del tratamiento de sarna. Modificada de Norma Técnica Sarna y Pediculosis (Minsal, 2007).

Principios generales del tratamiento de sarna

- Establecer un diagnóstico clínico adecuado.
- Elegir un tratamiento de acuerdo a la edad y forma de presentación.
- Dar una información detallada tanto escrita como verbal a los padres y dejar explícito como administrar el acaricida.
- Indicar el acaricida de la cabeza a los pies en niños y del cuello a los pies en adultos.
- Tratamiento de todos los contactos.
- Tratamiento de sobreinfecciones secundarias.
- Tratar a las mascotas si presentan lesiones y Sugerir Derivación a Veterinario.
- Lavado de ropa y ropa de cama después de terminado el tratamiento
- Secar en secadora o plancha alta temperatura o cubrir en Bolsa Basura negra hermética por 7 días.
- Seguimiento del paciente a la semana y a las 4 semanas post tratamiento.

En la revisión de Cochrane se seleccionaron sólo ensayos controlados aleatorios de tratamientos farmacológicos para la escabiosis. La cantidad de participantes de dichos ensayos fue de 2392. Un ensayo fue controlado con placebo, 16 compararon dos o más tratamientos farmacológicos, dos compararon pautas de tratamiento y uno comparó diferentes vehículos del fármaco.

En un ensayo pequeño (55 participantes) se produjeron menos fracasos del tratamiento a los siete días con la ivermectina oral. La permetrina tópica pareció ser más efectiva que la ivermectina oral (85 participantes, 1 ensayo).

Concluyendo la revisión, la literatura demuestra que la permetrina tópica parece ser el tratamiento más efectivo para la escabiosis. La ivermectina parece ser un tratamiento oral efectivo en la remisión de los síntomas. La revisión Cochrane informa que se requiere más investigación sobre la efectividad del malatión, en particular al compararlo con la permetrina en loción (Strong & Johnstone, 2007). Es por esto, que la recomendación es utilizar como primera línea una receta magistral del preparado Permetrina al 5 % de no mediar contraindicaciones.

La receta de Permetrina debe indicarse en crema base o loción, calculada para un adulto como 80 gr del producto por día en un esquema de uso de 6 días con 4 de descanso, por tanto se deberá necesitar al menos 500 gr de producto. La aplicación deberá realizarse en todo el cuerpo desde el cuello hasta la planta de los pies, requiriendo un uso por al menos 10 horas en el cuerpo.

Para los menores de 3 meses y para mujeres embarazadas se recomienda el uso de vaselina azufrada al 6 % en desmedro del producto anterior (MINSAL). La vaselina azufrada es el escabicida más antiguo, en forma de ungüento al 6 %, tiene una acción queratolítica, pero no insecticida, siendo su olor desagradable y produce tinción de la ropa que utilizada el paciente. Su forma de aplicación será por 3 noches, al menos 8 horas de uso continuo, con 4 días de descanso, para repetir el mismo procedimiento. La película a administrar deberá ser

gruesa para que permita una buena impregnación (MINSAL) Tabla II.

En el caso clínico se utilizó permetrina tanto por la efectividad referida, como por el acceso rápido al fármaco en preparación magistral y el valor del mismo; además de no presentar contraindicaciones para su uso.

Es fundamental indicar a los médicos que se desempeñan en áreas rurales del país, tener contacto con su químico farmacéutico a cargo de la distribución de fármacos, para tener acceso expedito a la medicación, con un stock adecuado para el tratamiento a los probables contactos del caso índice, entendiendo la dificultad que surge para los pacientes conseguir por sus propios medios el medicamento.

Luego de un adecuado tratamiento, el prurito y las pápulas pueden persistir por 2 semanas, dado que son respuestas de hipersensibilidad a componentes del ácaro. El seguimiento se recomienda hasta la completa resolución de las lesiones, con un mínimo de visitas a la semana siguiente y al mes de finalizado el tratamiento. En esta etapa se puede considerar el uso de medicamentos antihistamínicos para disminuir la sensación de prurito (MINSAL).

Para finalizar, un tratamiento promisorio, aunque con más de 25 años en el mercado, la ivermectina oral. Diversos estudios han probado su efecto con buena respuesta en el tratamiento del sarcoptes (Kircik *et al.*, 2016; Red, 2016). Ivermectina es el único tratamiento vía oral, utilizado ampliamente en el tratamiento de strongiloidiasis y otras parasitosis, pero en su uso como anti-sárnico humano, la FDA la indica como fármaco de segunda línea, por reporte de casos de muerte súbita en el tratamiento (Gallegos *et al.*, 2014). La dosis habitual es de 200 mcg/kg dosis, administrándose por una vez y repitiendo a las dos semanas, dado que no presenta efecto ovicida (Gallegos *et al.*).

Recientes estudios han probado el uso de la ivermectina incluso en menores de edad, teniendo buena tolerancia y eficacia del producto, aunque aún no se tiene la autorización de su uso en menores de 15 kg (Chosidow & Gendrel, 2016). Una ventaja de la ivermectina, es que

Tabla II. Medicamentos avalados para el tratamiento de la escabiosis en Chile.

Nombre farmacológico	Nombre comercial	Forma de administración
Vaselina azufrada 6 %	Pomada azufrada	Aplicar por 3 noches seguidas, descansar 4 días y volver a aplicar por 3 noches
Permetrina 5 %	Preparaciones magistrales	Aplicar durante 3 noches seguidas desde el cuello hacia abajo, en especial en zonas de predilección de ácaro. Baño matinal, descansar 4 días y repetir por 3 noches más
Decametrina	Apruril® loción	En sarna noruega uso por 3 noches, 4 noches de vaselina azufrada, volver a repetir por 3 noches y vaselina azufrada por 4 días (3-4-3-4). Énfasis en zona ungueal
Ivermectina (*) 200 µcg/kg peso	Kaonol® Iverx® Gotas	Aplicar durante 3 noches seguidas desde el cuello hacia abajo, en especial en zonas de predilección de ácaro. Baño matinal, descansar 4 días y repetir por 3 noches más. En sarna noruega uso por 3 noches, 4 días de vaselina azufrada, repetir esquema por una vez (3-4-3-4). Énfasis en zona ungueal. Dosis ajustada por kg peso, repetir a las 2 semanas.

(*) Ivermectina, no está autorizado en Chile para su uso en escabiosis, aunque si está permitido por FDA en mayores de 15 kg.

se aplica en una dosis oral y se puede tratar de forma fácil a la familia completa con solo ingerir un comprimido (Red). A pesar de que la ivermectina lleva varios años en el mercado, la FDA ha incorporado nuevos usos dermatológicos, recientemente se ha autorizado su uso para demodicidosis (Kircik *et al.*).

CONCLUSIÓN

El tratamiento tópico de la escabiosis no ha cambiado en los últimos 25 años (Taplin, 1986), aunque se han añadido medicamentos vía oral para escabiosis resistentes, en particular para la Sarna Noruega, no son el tratamiento de primera línea en atención primaria de salud y su costo es muy elevado, por lo tanto inasequible para una población rural (Consejo Salubridad General de México, 2012). Se debe considerar en esta patología la necesidad de tener un alto grado de sospecha en los pacientes, sobre todo cuando las lesiones ocurren en grupos familiares, ya que el retraso en el tratamiento puede conllevar lesiones secundarias en piel que dificultaran el diagnóstico iniciando medicación que podría incluso favorecer el sobre crecimiento parasitario en la piel.

SAINT-PIERRE, C. G.; VALENZUELA F.; JAUREGUI, R. F. Case report: primary care management of scabies in a family with extreme rurality. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(3):919-925, 2016.

SUMMARY: The dermato parasitosis produced by the *Sarcoptes scabiei* mite hominis variety, has a population distribution related to overcrowding, poor sanitation, poverty and geo-climatic characteristics. Transmission occurs directly through skin or fomites. In the border town of Liquiñe in the Region de los Rios, Chile, a substantial amount of the population is subject to the above characteristics, with difficult access to digital communication and medical referrals. The incidence of scabies is modified through educational interventions, and local sanitation, as well as early diagnosis and timely treatment thus achieving a substantial change in prevalence. A case report is presented. Female patient, 33 years old presents with excoriated crusted lesions, with papules and pustules following two years of development, initial symptomatic management diagnosis of psoriasis and dermatitis, showed no improvement of the lesions. At the same time the 4 year old daughter of the patient presented with primary lesions similar to baseline characteristics. The child's lesions presented as vesicles in interdigital space, wrists, periumbilical region and mite grooves compatible with scabies. Permethrin 5% topical treatment was prescribed for the whole family, based on the recommendations of the MINSAL guide management is initiated. At 2 months of treatment

therapy onset, complete recovery was achieved following two years of evolution of signs and symptoms. This case review aims to reinforce the ideas of early diagnosis, in both probable index case and contact, and continuing education in the community. Effective and timely treatment, in conjunction with the socio-cultural reality of each community, taking into account risk factors, such as seeking medical treatment and abandoning therapy. Furthermore, it is also intended to promote institutional networks for treatment dissemination, counseling by specialists and updated information for each dermatological presentation for the general medicine physician.

KEY WORDS: *Sarcoptes scabiei*; Permethrin; Ivermectin; Therapeutic.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apt, B. W. Infecciones por parásitos más frecuentes y su manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(3):485-528, 2014.
- Chosidow, O. Scabies. *N. Engl. J. Med.*, 354(16):1718-27, 2006.
- Chosidow, O. & Gendrel, D. Safety of oral ivermectin in children. *Arch. Pediatr.*, 23(2):204-9, 2016.
- Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal de México. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Escabiosis, 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/543_GPC_Escabiasis/GER_Escabiosis.pdf
- Gallegos, J. L.; Budnik, I.; Peña, A.; Canales, M.; Concha, M. & López, J, Sarna sarcóptica: comunicación de un brote en un grupo familiar y su mascota. *Rev. Chil. Infectol.*, 31(1):47-52, 2014.
- Heukelbach, J. & Feldmeier, H. Scabies. *Lancet*, 367(9524):1767-74. 2006.
- Kircik, L. H.; Rosso, J. Q.; Layton, A. M. & Schaubert, J. Over 25 years of clinical experience with ivermectin: an overview of safety for an increasing number of indications. *J. Drugs Dermatol.*, 15(3):325-32, 2016.
- Mason, D. S.; Marks, M.; Sokana, O.; Solomon, A. W.; Mabey, D. C.; Romani, L.; Kaldor, J.; Steer, A. C. & Engelman, D. The prevalence of scabies and impetigo in the Solomon Islands: A population-based survey. *PLoS Negl. Trop. Dis.*, 10(6) e0004803, 2016.
- Moreno, M. C. Ectoparasitosis de importancia en Chile. *Epidemiología y terapia. Rev. Chil. Infectol.*, 28(5):435-9, 2011.
- Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). Norma General Técnica N° 101, Guía Clínica De Sarna Y Pediculosis (2007, Noviembre) Disponible en: http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_737_07.doc
- Red. Beginn einer neuen Ära in der Behandlung von Patienten mit Krätze. *MMW Fortschr. Med.* 158(9):70, 2016.
- Strong, M. & Johnstone, P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 18(3):CD000320, 2007.
- Taplin, D.; Meinking, T. L.; Porcelain, S. L.; Castillero, P. M. & Chen, J. A. Permethrin 5% dermal cream: a new treatment for scabies. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 15(5 Pt 1):995-1001, 1986.

Autor para Correspondencia:
Gustavo Enrique Saint-Pierre Contreras
García Reyes 955, Hospital Santa Elisa
Comuna Mariquina,
Valdivia
CHILE

E-mail: gsaintp@gmail.com

Recibido : 03-09-2016
Aceptado: 22-09-2016