

Sarna

Fecha de la última revisión: **20/04/2013**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿Qué es?

La sarna está producida por la infestación del ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, un ácaro que se disemina por contacto íntimo entre miembros de una familia, por contacto sexual y por convivencia en guarderías e instituciones cerradas (Chosidow O, 2006).

La prevalencia mundial ha sido estimada en aproximadamente 300 millones de casos cada año, siendo un problema de salud pública sustancial en muchas regiones pobres de recursos. La sarna ocurre en ambos sexos, en todas las edades, en todos los grupos étnicos, y en todos los niveles socioeconómicos (Chosidow O, 2006; Heukelbach J, 2006).

El riesgo de brotes severos y la sarna complicada es particularmente alto en instituciones (incluyendo clínicas de ancianos y hospitales), entre poblaciones socialmente desfavorecidas y en huéspedes inmunocomprometidos (Chosidow O, 2006). Los factores que facilitan el desarrollo de sarna adquirida en hospital y epidemias nosocomiales son el conocimiento pobre de la epidemiología de la sarna, el desconocimiento de los trabajadores en asistencia médica con presentaciones atípicas, el período de incubación largo, el retraso diagnóstico y la supervisión incompleta (Vorou R, 2007).

El ácaro adulto hembra hace túneles en la epidermis, donde completa su ciclo de vida. El proceso de maduración dura aproximadamente 15 días, de modo que las larvas surgen 2-3 días después de que los huevos son puestos, se mueven hacia la superficie de la piel alcanzando el estado adulto a los 12 días, perpetuando el ciclo. Los adultos viven en la piel perpetuando el ciclo viven unos 30 días y ponen 2-3 huevos al día. Aproximadamente de 5 a 15 ácaros femeninos viven sobre el huésped infectado por la sarna clásica, pero el número puede alcanzar desde cientos a millones en los casos de sarna costrosa. El período de incubación, previo a los síntomas, es de 3 a 6 semanas para la infestación primaria, pero puede ser tan corto como de 1 a 3 días en los casos de reinfestación. Se mueven a razón de 2,5 cm por minuto de velocidad sobre la piel caliente (Chosidow O, 2006; Flinders DC, 2004).

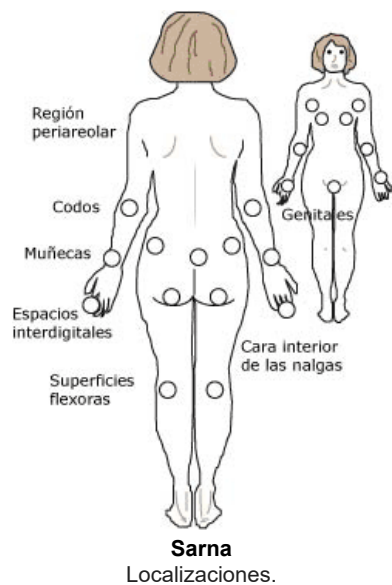
La ruta de transmisión predominante es el contacto directo de piel a piel, en 15-20 minutos (Hicks MI, 2009). La transmisión mediante la ropa compartida u otro método indirecto es rara con la sarna clásica, pero puede ocurrir con la sarna costrosa (por ejemplo, en huéspedes inmunocomprometidos). La transmisión entre miembros de familia e instituciones es común y posible, así como la transmisión sexual. No hay ningunas pruebas para sugerir que los ácaros puedan transmitir la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Chosidow O, 2006; Johnston G, 2005).

La erupción de la piel de sarna clásica es considerada una consecuencia tanto de infestación como de reacción de hipersensibilidad al ácaro, pudiendo persistir la clínica durante semanas después del tratamiento escabicida:

- Prurito intenso y generalizado que se agrava por la noche.
- Urticaria.
- Presencia de costras y escamas en los casos graves y en los huéspedes inmunodeprimidos (Chosidow O, 2006; Johnston G, 2005).

Podemos encontrar unas lesiones típicas que consisten en pápulas inflamatorias con galerías elevadas que terminan en vesículas muy pequeñas de distribución característica. Puede verse el ácaro al final de la madriguera (Chosidow O, 2006).

En adultos normales se distribuyen en: espacios interdigitales, superficies flexoras de las muñecas, codos, región axilar anterior, cintura, región inferior de las nalgas (superficies flexoras y pliegues cutáneos), genitales en los varones y región periareolar en las mujeres. Suelen respetarse la cabeza y la cara excepto en pacientes inmunodeprimidos y en áreas tropicales. Las lesiones no específicas secundarias como excoriaciones, eccematización e impetiginization (valorar sobreinfección bacteriana secundaria) pueden ocurrir en todas partes (Chosidow O, 2006; Flinders DC, 2004; Johnston G, 2005).



En lactantes se afectan además las palmas de las manos, plantas de los pies y cuero cabelludo. En ancianos, la sarna suele tener lesiones papulares en localizaciones atípicas o, como en inmunodeprimidos, pueden observarse lesiones localizadas o diseminadas costrosas, de tendencia hiperqueratósica, alteraciones ungueales, adenopatías y presencia de eosinofilia. Es la denominada sarna Noruega (costrosa). También pueden aparecer madrigueras y nódulos pruriginosos y eritematosos persistentes, que se localizan en genitales masculinos, ingles y cintura (sarna nodular) y que puede durar meses (Flinders DC, 2004; Johnston G, 2005).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de ácaros, huevos, fragmentos de cáscara de huevo y bolas de ácaro. Un huésped adulto normal puede tener entre 7 y 15 ácaros. Deben obtenerse múltiples muestras superficiales cutáneas de lesiones características (bien de madrigueras o bien de las pápulas y vesículas sobre las madrigueras) mediante raspado lateral de la piel con un bisturí o una aguja humedecida en aceite, evitando producir sangrado. Los ácaros, huevos o heces se colocan en un porta para poder ser visualizados con un microscopio ligero de luz (10 aumentos). Dado que el número de ácaros es bajo en los casos de sarna clásica, esta técnica es sumamente dependiente del realizador de la misma. Una técnica para encontrar las madrigueras es pintarlas con tinta de pluma. Luego lavar la superficie, con algodón y alcohol, y la tinta que penetra en el túnel puede hacerlo visible. Luego se raspa el túnel con el bisturí (Chosidow O, 2006).

El fracaso de encontrar ácaros es común y no excluye la sarna. El hidróxido de potasio no debería ser usado, puesto que puede disolver las bolas de ácaro (Chosidow O, 2006).

En casos atípicos o cuando el examen directo no es posible, una biopsia de la piel puede confirmar el diagnóstico (Hematoxilina-Eosina) (Chosidow O, 2006).

¿Cómo se trata?

Los ácaros pueden sobrevivir entre 10 y 36 horas fuera del huésped a temperatura ambiente. Las personas infestadas y sus contactos físicos cercanos deberían ser tratados al mismo tiempo, independientemente de si los síntomas están o no presentes (Chosidow O, 2006; Heukelbach J, 2006; Johnston G, 2005).

La picadura puede persistir para hasta 2-4 semanas después de finalizar una terapia escabicida correctamente administrada. Sin embargo, se debe confirmar la resolución de la picadura tras este tiempo ya que se debería investigar de nuevo si persiste la misma (McCroskey AL, 2010).

Control de infectividad: la sarna clásica es transmitida comúnmente por el contacto prolongado de piel a piel con la persona infestada. Las personas que tienen el contacto de esta naturaleza, pero no aquellos con el contacto más ocasional, deberían ser tratadas. Las prescripciones deberían estar aseguradas para todos los miembros del hogar y cualquier contacto sexual, incluso si ellos están asintomáticos. El periodo de tiempo para la desinfestación de parásitos tras del tratamiento para la sarna clásica no se conoce bien, pero hay algunos resultados que indican que los pacientes tratados con ivermectina pueden resultar contagiosos durante más tiempo que aquellos que fueron tratados con terapias tópicas (Chosidow O, 2006).

La sarna costrosa es muy fácilmente transmisible, y el tratamiento de las personas que, aún en grado mínimo, han sido expuestas, debe estar garantizado. En el caso de instituciones, personal cuidador del paciente y personal de apoyo (por ejemplo, personal de limpieza y empleados de lavandería) se debería considerar su exposición a personas infestadas (Chosidow O, 2006).

La extensión de sarna clásica sin contacto directo de persona a persona es rara. Sin embargo, la recuperación de ácaros vivos de sillas y canapé en las casas de pacientes con la sarna apoya el empleo de medidas ambientales, aun cuando los datos carezcan de base para confirmar la eficacia de tales medidas en reducir la transmisión. Inmejorablemente, la ropa y ropas de cama deberían ser lavadas a máquina a 60 °C y secado automático al día siguiente del primer tratamiento. El insecticida en polvo o el administrado en aerosol generalmente se reservan para los materiales que no pueden ser lavados y planchados. Los artículos también pueden ser guardados en una bolsa de plástico sellada durante al menos 48 a 72 horas (Chosidow O, 2006; Flinders DC, 2004).

A diferencia de muchas otras dermatosis, el éxito o el fracaso de la terapia depende más del uso de la preparación tópica y a quien tratamos que del escabicida seleccionado (Wolf R, 2010).

Los escabicidas tópicos se aplican del cuello para abajo en toda la superficie corporal. En lactantes, casos graves, inmunodeprimidos y recurrencias se trata también el cuero cabelludo y la cara (excepto ojos, nariz y boca).

1. Permetrina al 5% en crema (Permetrina 5% OTC crema ®). Aprobado por la FDA. Mínima absorción y mínima toxicidad; entre los productos tópicos es considerado el más efectivo y de elección por ser al menos tan eficaz y tener menos riesgos que los demás (Strong, 2010; Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010). Se aplican 30 g en el cuerpo entero, de la barbilla a dedos del pie (incluyendo bajo las uñas de las manos, plantas de los pies e ingles), después de una ducha, por la noche al ir a la cama. Debe retirarse con una nueva ducha a las 8-14 horas y repetir en 7 días si fuera necesario. Puede producir un

leve picor pasajero. Puede usarse del mismo modo en embarazadas (categoría B), madres lactantes y niños, incluyéndose en éstos hasta casos de sarna neonatal (Goldstein B, 2012). Pueden desarrollarse efectos secundarios en el lugar de aplicación (Chosidow O, 2006; McCroskey AL, 2010; Flinders DC, 2004; Johnston G, 2005).

2. Lindano al 1% (Kife champú ®). Aprobado por la FDA. Parece ser tan eficaz como la permetrina pero con mayores efectos tóxicos, aunque raros, como la anemia aplásica o los derivados de su potencial neurotoxicidad por abuso (convulsiones, espasmos musculares, etc.). Su indicación se considerará como alternativa de tratamiento en pacientes que no toleren otras terapias ó en los cuales exista fracaso terapéutico (Goldstein B, 2012). Tasa de absorción dérmica es del 10-20% y sistémica 10 veces mayor que permetrina. Se presenta en el mercado una combinación de lindano y **permetrina** (Kife-P ® champú y loción). Se aplica una capa fina sobre la piel seca desde la barbilla hasta los dedos de los pies por la noche y se lava a las 6-10 horas (no dejar la aplicación más de 12 horas). Era el tratamiento de elección antes de la aparición de la permetrina. Estimula el sistema nervioso del parásito, causando su muerte. No debe aplicarse en niños, embarazadas ni durante la lactancia. Se debe repetir la aplicación una semana después por no ser ovicida (la permetrina sí lo es). Debe retirarse (lavar) a las 8 horas (Chosidow O, 2006; McCroskey AL, 2010).

3. Azufre al 3-6% ó 5-10% en loción, ó 40% en precipitado en petróleo. No aprobado por la FDA. Es el antiescabiótico más antiguo, útil en la sarna noruega. Se aplica en el cuerpo entero bajo la cabeza durante 3 noches sucesivas y baño 24 horas después de cada uso. El azufre es sucio, maloliente, mancha la ropa, y requiere usos de repetición, reduciendo así el cumplimiento. El uso es seguro en niños, lactancia y embarazo (categoría C) (Chosidow O, 2006; McCroskey AL, 2010; Flinders DC, 2004).

4. Ivermectina oral dosis única de 150-200 µg/kg de peso/día (0,2 mg/kg), comprimidos de 3 mg. No aprobado por la FDA. Algunos ensayos sitúan como suficiente 1 monodosis del fármaco (incluso en ocasiones monodosis de 400 µg/kg de peso) sin embargo ésta pauta no se considera actualmente eficaz, dado que el periodo de incubacióndel huevo es de 15 días, por lo cual se sugiere una segunda dosis a los 14 días de la inicial para alcanzar iguales niveles curativos con respecto a aplicación única de permetrina (Goldstein B, 2012; Goldust M, 2012). Debería ser la primera opción para anciano y brotes extensos en hogares geriátricos y otros sitios en los cuales la terapia tópica carezca de practicidad (Goldstein B, 2012); además debe considerarse su uso como terapia rutinaria para los pacientes que no tienen ninguna respuesta a los escabicidas tópicos, pacientes con el eczema generalizado, sarna costrosa o noruega y otros pacientes que pueden ser incapaces de tolerar o cumplir con la terapia tópica. Sin embargo, su más alto coste apoya la consideración de terapia inicial con agentes tópicos. Parece seguro en adultos jóvenes pero no se recomienda su aplicación en lactancia, ancianos y embarazo (categoría C). La aparición potencial de ácaros de sarna ivermectina-resistentes debería ser evaluada, con el riesgo de resistencia de otros parásitos, sobretodo en países en vía de desarrollo. La tolerancia de los ácaros a permetrina ha sido demostrada in vitro, pero no existen pruebas in vivo de tolerancia o resistencia (Chosidow O, 2006; McCroskey AL, 2010; Flinders DC, 2004).

5. 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 (McCroskey AL, 2010).

6. Tratamiento sintomático. Se puede usar una pomada de corticoide una vez realizada la terapia escabificada para aliviar el prurito y los eritemas (que pueden durar 1-2 semanas aún con tratamiento adecuado) (McCroskey AL, 2010) se iniciará con los de acción media ó alta y en casos severos se podrá recurrir al uso de corticoides orales con pautas de 1-2 semanas (Goldstein B, 2012).

- Antihistamínicos al acostarse para aliviar el prurito [**antihistamínicos H1 no sedantes**] (McCroskey AL, 2010).
- Pomadas hidratantes (McCroskey AL, 2010).
- Si hay infección secundaria (Staphylococcus o Streptococcus pyogenes), pueden usarse antibióticos orales. **Eritromicina**, cefalosporinas de primera o penicilinas resistentes a penicilinasa (McCroskey AL, 2010, Johnston G, 2005).

7. Otros tratamientos:

- Benzyl-benzoato loción 10 o 25%. No aprobado por la FDA como tratamiento escabificada. Se aplica la emulsión del 25%; hacerlo debajo del cuello 3 veces en 24 horas sin un baño intervector. Retirar posteriormente a las 24 y 12 horas respectivamente. No aplicar en niños (reducir dosis a ≤12,5% debido al picante) ni embarazo ni lactancia (McCroskey AL, 2010).
- Allethrin 0.6% aerosol. No aprobado por la FDA. Contraindicado en asmáticos por broncoespasmo severo (McCroskey AL, 2010).

Bibliografía

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Lindane and other treatments for lice and scabies: a review of clinical effectiveness and safety. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). 2010. **Texto completo**
- Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354(16):1718-27. PubMed **PMID: 16625010. Texto completo**
- Flinders DC, De Schweinitz P. Pediculosis and scabies. Am Fam Physician. 2004;69(2):341-8. PubMed **PMID: 14765774. Texto completo**
- Goldstein B, Goldstein AO. Scabies [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.4. [acceso 22/4/2013]. Disponible en: **http://www.uptodate.com**
- Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin. J Dermatol. 2012;39(6):545-7. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01481.x. PubMed **PMID: 22385121**
- Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367(9524):1767-74. PubMed **PMID: 16731272**
- Hicks MI, Elston DM. Scabies. Dermatol Ther. 2009;22(4):279-92. PubMed **PMID: 19580575.**
- Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ. 2005;331(7517):619-22. PubMed **PMID: 16166133. Texto completo**
- McCroskey AL, Rosh AJ. Scabies in Emergency Medicine: Treatment & Medication. Updated: Oct 6, 2010. **Texto completo**
- Strong M, Johnstone PW. Intervenciones para el tratamiento de la escabiosis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: **http://www.update-software.com.** (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000320. **Texto completo**
- Vorou R, Remoudaki HD, Maltezou HC. Nosocomial scabies. J Hosp Infect. 2007;65(1):9-14. PubMed **PMID: 17141368**
- Wolf R, Davidovici B. Treatment of scabies and pediculosis: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28(5):511-8. PubMed **PMID: 20797511**

Más en la red

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectoparasitic infections. In: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010 Dec 17;59(RR-12):88-90. [Resumen NCG](#)
- Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies: treatment update. Am Fam Physician. 2012 Sep 15;86(6):535-41. Review. PubMed [PMID: 23062045](#)
- Scott GR, Chosidow O, IUSTI/WHO. European guideline for the management of scabies, 2010. Int J STD AIDS. 2011 Jun;22(6):301-3. PubMed [PMID: 21680661](#)

Autores

- Ana María Frade Fernández Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Mónica Azálgara Lozada Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Omar Darío Rodríguez Fonseca Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Área Sanitaria de Atención Primaria de A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.
(2) Centro de Salud de Adormideras. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

