



**DOI:** 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.176-183

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/845>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 176-183







## Escabiosis: diagnóstico diferencial y tratamiento

Scabies: differential diagnosis and treatment

Sarna: diagnóstico e tratamiento diferencial

**Roberto Adolfo Molina Velastegui<sup>1</sup>; Jaime Alejandro Albán Cuenca<sup>2</sup>;  
Luis Alejandro Veintimilla Andrade<sup>3</sup>; Catherine Estefanía Reyes Suarez<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/05/2022

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; robspidey@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2650-3434>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; JaimealbanCuenca@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4125-8329>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dralejo2288@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3064-7385>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; reyes\_catherine@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3309-4333>

### CORRESPONDENCIA

Roberto Adolfo Molina Velastegui  
robspidey@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La Oftalmopatía tiroidea es una enfermedad inflamatoria de los tejidos orbitarios asociada a un proceso autoinmune ligado a la enfermedad primaria tiroidea. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es la Oftalmopatía tiroidea en paciente pediátrico. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La oftalmopatía tiroidea, aunque es una patología muy infrecuente (0,02%) dentro de la enfermedad de Graves, existe un 25% de probabilidades, en base a la literatura ampliamente documentada, de que se desarrolle. Es primordial dentro de las edades pediátricas, establecer la terapia más adecuada, para reestablecer el estado eutiroideo, sin descuidar la vigilancia ocular. Las opciones de tratamiento van a depender del estadio de la enfermedad, sin embargo, como tratamiento inicial es posible la utilización de fármacos como metimazol, carbimazol que inhiben la hormona tiroidea, la terapia ablativa con radioyodo es el estándar de oro, por sus buenos resultados desde hace tiempo, sin embargo, no está indicado para menores de 5 años, la opción quirúrgica (tiroidectomía) solo se indica cuando el radioyodo y otras opciones terapéuticas no han funcionado. El tratamiento con I131 es una de los últimos desarrollos terapéuticos para esta patología, que ha tenido muy buenos resultados, sin embargo, hay evidencia de que pueda ocasionar el desarrollo en niños y adolescentes leucemia o cáncer tiroideo.

**Palabras clave:** Tiroidectomía, Pediátrico, Cirugía, Cáncer, Tiroideo.

## ABSTRACT

Scabies is infestation by the mite *Sarcoptes scabiei hominis*, estimates of the prevalence of scabies range from 0.2% to 71%. Scabies is endemic in many resource-poor tropical settings and its mean prevalence in children is estimated to be between 5% and 10%. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Scabies: differential diagnosis and treatment. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Scabies due to its form of presentation in rashes, a differential diagnosis is more than necessary (intense itching, predominantly at night, and the presence of mites will confirm the diagnosis), since, if there is no precise diagnosis, there is the possibility of disease spread. Regarding treatment, there are topical and oral ones, the use of permethrin as topical treatment and ivermectin as oral treatment stands out, the latter has been used for many years with high cure rates, both of their type are the first treatments of choice.

**Keywords:** Thyroidectomy, Pediatric, Surgery, Cancer, Thyroid.

## RESUMO

A sarna é infestação pelo ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, as estimativas da prevalência da sarna variam de 0,2% a 71%. A sarna é endêmica em muitos cenários tropicais pobres em recursos e a sua prevalência média em crianças é estimada entre 5% e 10%. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a sarna: diagnóstico e tratamento diferencial. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, o PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores nas ciências da saúde ou na terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A sarna devido à sua forma de apresentação em erupções cutâneas, um diagnóstico diferencial é mais do que necessário (comichão intensa, predominantemente à noite, e a presença de ácaros confirmará o diagnóstico), uma vez que, se não houver um diagnóstico preciso, existe a possibilidade de propagação da doença. Relativamente ao tratamento, existem os tratamentos tópicos e orais, destacando-se a utilização de permetrina como tratamento tópico e de ivermectina como tratamento oral, sendo este último utilizado há muitos anos com elevadas taxas de cura, sendo ambos os tratamentos de primeira escolha.

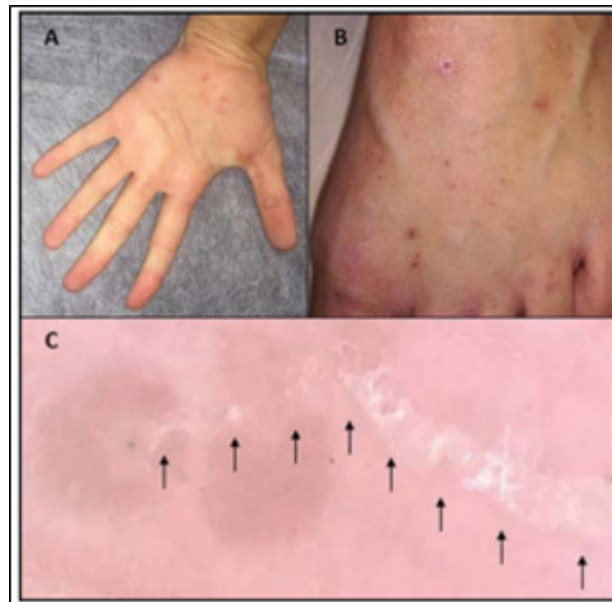
**Palavras-chave:** Tiroidectomia, Pediatria, Cirurgia, Cancro, Tíróide.

## Introducción

La sarna es la infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, transmitida por contacto directo, con un periodo de incubación de 3-6 semanas. Se trata de un problema de salud pública cuya verdadera incidencia resulta desconocida puesto que con frecuencia es difícil de diagnosticar, y se ve influenciado por diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados (Laliena Aznar et al., 2018).

Se estima que, en cualquier momento en que se calcule, la cifra de personas en todo el mundo que padecen sarna asciende a 200 millones, aunque se necesitan más es-

fuerzos para evaluar esa carga. Las estimaciones de prevalencia de la sarna oscilan entre el 0,2% y el 71%. La sarna es endémica en muchos contextos tropicales con pocos recursos y se estima que su prevalencia media en los niños está entre el 5% y el 10%. Las infestaciones recurrentes son habituales. La enorme carga de la infestación por sarna y sus complicaciones conllevan costos sustanciales para los sistemas de salud. En las economías de altos ingresos, los casos son esporádicos, pero los brotes en las instituciones de salud y en las comunidades vulnerables entrañan un costo económico considerable para los servicios nacionales de salud (José Javier et al., 2022).



**Figura 2.** A: pápulas eritematosas localizadas en la palma de la mano izquierda; B: pápulas eritematosas y excoriadas en el dorso del pie izquierdo; C: surco ocarino visualizado con dermatoscopia.

**Recuperado de:** (Sola García & Blasco Morente, 2017).

La infección no discrimina géneros, grupos étnicos ni estratos sociales, aunque suele observarse más en invierno (tal vez debido al hacinamiento) en áreas urbanas de nivel socioeconómico bajo y en centros de concentración como guarderías, orfanatos, asilos. Un estudio efectuado en Bangladesh reveló que la incidencia de esta infección en menores de 5 años fue de 952/1,000 niños/año, lo que sugiere que 100 por ciento de la

población sufrirá una infestación en algún momento de su vida (Plascencia Gómez et al., 2013).

En el hombre, el *Sarcoptes scabiei* realiza todo su proceso vital en la epidermis humana. El ácaro femenino anida en la parte alta de la epidermis donde deja sus huevos y muere al mes. El ácaro y sus excrementos son los responsables del prurito. El contagio puede ser por contacto directo u obje-

tos (como la ropa) recién utilizados. El ácaro adulto sólo sobrevive 2-3 días fuera del cuerpo. Los huevos eclosionan a los 15 días y son viables hasta dos semanas (Llambía & Torrellb, n.d.). El prurito familiar nocturno es casi patognomónico, además de la distribución característica de las lesiones de forma simétrica y bilateral (Plaza Almeida et al., 2020).

En cuanto al tratamiento, la terapia tópica es considerada como primera línea en el manejo de la parasitosis. Sin embargo, pa-

reciera que últimamente la terapia con permetrina es menos efectiva en el manejo de la escabiosis, y el tratamiento tópico puede tener una serie de dificultades logísticas. La ivermectina oral también está indicada en primera línea en diversas guías clínicas. Se revisa el manejo práctico de la escabiosis en atención primaria, con énfasis en situaciones complejas como el tratamiento de lactantes o niños “pequeños”, mujeres embarazadas o en lactancia, sarna noruega y de brotes en instituciones (Morgado-Carrasco et al., 2022).

**Tabla 1.** Tipos de escabiosis.

<p><b>Escabiosis clásica:</b> Es la más común y se caracteriza por la presencia de escasos ácaros hembras. Las áreas involucradas varían según el grupo etario.<sup>9</sup> En lactantes los sitios más comprometidos son: manos (pliegues interdigitales), pies y piel cuero cabelludo, seguidos por tronco, piernas y brazos. En preescolares (2-6 años) las lesiones suelen involucrar manos especialmente pliegues interdigitales, pies, tronco y extremidades, mientras que en escolares se observan tronco y extremidades.</p>	
<p><b>Escabiosis costrosa:</b> La variedad costrosa; también denominada “sarna noruega” (fue descrita en 1848 en una población de leproso de ese país escandinavo), suele afectar pacientes inmunocomprometidos especialmente afectados de SIDA, diabéticos, con neuropatías o física/mentalmente discapacitados (por ejemplo, síndrome Down), en individuos bajo tratamiento con inmunosupresores (como metotrexato, tacrolimus, micofenolato de mofetilo o ciclosporina), o tratados con corticoides tópicos o sistémicos de forma prolongada. Se caracteriza por una grave infestación de ácaros (de miles a millones) y, por tanto, es altamente contagiosa.</p>	
<p><b>Escabiosis nodular:</b> La variedad nodular es la menos común (7% de los casos) y se manifiesta con nódulos eritematosos o pardos de hasta 2 cm de diámetro, que afectan glúteos, genitales, escroto, inglés o axilas. Se ha sugerido que esas lesiones son una reacción de hipersensibilidad a los productos de secreción del ácaro más que a la presencia del mismo, de allí las particularidades de su tratamiento. La escabiosis nodular es más frecuente en lactantes y en niños pequeños y puede deberse a hipersensibilidad a estos organismos retenidos. Se presenta nódulos eritematosos de 5 a 6 mm, y pueden persistir durante meses después de la erradicación de los ácaros.</p>	
<p><b>Escabiosis incógnita:</b> Se ha descrito un cuarto tipo de sarna llamada “escabiosis incógnita” debido a que los síntomas están enmascarados por el uso indiscriminado de esteroides. Su principal diríase única manifestación clínica es el prurito intenso, molesto y de predominio nocturno que ocasionan las 8 patas del ácaro, su saliva o los productos de secreción de la hembra y las larvas. La comezón es mediada por una respuesta de hipersensibilidad tipo IV que inicia 10 a 30 días después de la infestación, aunque puede manifestarse apenas 1 día después en casos de reinfestación.</p>	

## Clínica

- Existe una sensibilización cutánea que dura alrededor de un mes, que es el tiempo que puede estar el parásito en el organismo sin causar clínica, por lo que el periodo de incubación se considera de 30 a 60 días.
- Cuando el paciente consulta al médico hay, generalmente, una erupción generalizada en el tronco y en los miembros, pero la cabeza nunca se afecta, excepto en los niños menores de 2 años. Se piensa que la erupción generalizada es debida a una reacción alérgica a los contenidos que hay en el surco, al mismo ácaro, a sus huevos o a sus deposiciones.
- Como es bien conocido, la manifestación más importante de la sarna es el picor; se considera condición sine qua non para hacer el diagnóstico; éste suele ser nocturno (dado que la hembra deposita los huevos por la noche) y se exagera en situaciones de calor. El prurito está inducido por la sensibilización del huésped. Las zonas predilectas, en la forma típica, son por orden decreciente: los espacios interdigitales, muñecas, codos, axilas, zona periumbilical, pelvis, nalgas, pene, rodillas y bordes de los pies. Normalmente no suelen referir prurito en el cuero cabelludo, cuello ni cara, salvo en los lactantes. En el diagnóstico diferencial del prurito generalizado y del prurito anal hay que incluir la escabiosis (Causín Serrano et al., 2002).

## Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Escabiosis: diagnóstico diferencial y tratamiento. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Aca-

démico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

## Resultados

### Diagnóstico

Cualquier paciente con prurito generalizado, de predominio nocturno, debe hacernos sospechar de escabiosis, sobre todo en zonas endémicas y cuando hay contactos positivos. El método diagnóstico habitual es el raspado de piel con un bisturí y aceite en la pápula del extremo distal del túnel (los pliegues interdigitales son sitios idóneos). También se ha propuesto el uso de hidróxido de potasio ya que disuelve la queratina, pero también las heces, lo que disminuye la sensibilidad de la prueba. La tinción del túnel ocasiona que el orificio de salida absorba el colorante, aumentando la sensibilidad de la prueba de raspado. La dermatoscopia revela manchas triangulares de color pardo al final del túnel, las cuales evidencian la presencia del ácaro. Las dificultades para desarrollar una prueba serológica para escabiosis estriban en la falta de un sistema de cultivo, un modelo animal, y la frecuente mimetización con antígenos de otros ácaros, incluidos los del polvo doméstico (Plascencia Gómez et al., 2013).

La lista es extensa, pero en niños hay que considerar, principalmente, miliaria rubra, trombidiasis, acropustulosis infantil, dermatitis por contacto, dermatitis atópica y varicela. En pacientes adultos hay que descartar prurigo nodular, escoriaciones neuróticas, delirio de parasitosis, reacciones medicamentosas de tipos maculopapular y urticariforme o xerosis (que, en ancianos, obliga a excluir escabiosis). En todos los casos, la topografía, la morfología, el prurito intenso de predominio nocturno y la presencia de los ácaros confirmarán al diagnóstico (Plascencia Gómez et al., 2013). El diagnóstico diferencial debe hacerse con enfermedades dermatológicas que cursan con prurito

y lesiones secundarias, tales como:

- Dermatitis atópica (principalmente en niños)
- Sudamina
- Dermatitis de contacto
- Picaduras de insectos (prurigo por chinches o pulgas)
- Piodermias
- Urticaria
- Erupción por drogas.

Otras lesiones:

- Psoriasis.
- Dermatitis exfoliativas.
- Enfermedad de Darier.
- Enfermedad de injerto contra el huésped.
- Eccema atópico: diferenciar por la historia personal y familiar, la clínica y distribución de las lesiones. A veces puede precisarse biopsia para diferenciar.
- Dermatitis herpetiforme: prurito episódico y diferentes lesiones como eccema urticarial, placas de eccema con lesiones vesiculosas y pápulas urticariales<sup>3</sup>.
- Liquen plano: aquí las lesiones son pápulas poligonales y violáceas; también se ven lesiones en mucosas.
- Neurodermatitis.
- Escabiosis del níquel y platino: las lesiones son parecidas, pero tienen antecedentes de contacto con estos metales<sup>3</sup>.
- Pediculosis pubis: en caso de que la sarna afecta al área genital; la diferenciación es fácil por la visualización del parásito, de sus huevos adheridos al pelo o de los excrementos (color rojizo en la piel alrededor de los pelos).

- En el caso de la sarna noruega debemos incluir en el diagnóstico diferencial la psoriasis, la dermatitis exfoliativa, el eccema, el prurito urémico, la toxicodermia y la dermatitis de contacto (Causín Serrano et al., 2002).

Las lesiones vesiculopustulosas en niños pequeños pueden confundirse con folliculitis estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitosis de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápulo-nodulares eritemato-parduscas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa). La sarna noruega puede simular una psoriasis. El ácido test es de gran valor en el diagnóstico diferencial, ya que si es positivo el diagnóstico es definitivo (José Javier et al., 2022).

### Tratamiento

1. Entre las distintas opciones tópicas existentes, la permetrina ocupa el primer lugar. Se trata de un compuesto sintético a partir de los piretrínoides del crisantemo, se absorbe escasamente y se metaboliza con rapidez. Se aplica en forma de emulsión fluida al 5% y se mantiene durante 10-15 horas sobre piel. En ocasiones se repite la aplicación. Irritación y sequedad son sus principales efectos secundarios.
2. Muy frecuentemente las lesiones con sarna se eczematizan, lo que va a incrementar el prurito, y también se sobreinfectan por el intenso rascado que se produce. Es por ello que la asociación de permetrina con un corticoide de potencia media como triamcinolona y un antibiótico tópico como gentamicina son especialmente útiles en estas situaciones (Llambía & Torrellb, n.d.).

1.1 PERMETRINA 5% Emulsión fluida O/W 200 g	1.3 POLIDOCANOL (6-8%) COALTAR sap. (3-4%) MENTOL 0,2% HIDROCORTISONA 1% Emulsión O/W csp. 200 g (emulsión antipruriginosa post-tratamiento)
1.2 PERMETRINA 5% TRIAMCINOLONA 0,1% GENTAMICINA 0,1% Emulsión O/W csp. 100 g	

**Figura 3.** Formulaciones tópicas en escabiosis.

**Recuperado de:** (Llambía & Torrellb, n.d.).

3.1 IVERMECTINA 200 mcg / Kg Para 1 cap. nº 2	3.3. IVERMECTINA 0,8% Vehículo para suspensión infantil csp. 30 ml.
3.2 TIABENDAZOL (400-500 mg) Para 1 cap. nº 30	

**Figura 4.** Tratamiento oral escabiosis

**Recuperado de:** (Llambía & Torrellb, n.d.).

- En los casos de sarna refractaria al tratamiento tópico o de gran intensidad ivermectina es un tratamiento bien establecido desde hace años. Su empleo a dosis de 200 mcg/ Kg. de peso consigue una erradicación del parásito en toma única con unas tasas de curación del 80% que pueden alcanzar el 95% cuando se añade una segunda toma a los 7-10 días. Ivermectina actúa bloqueando las sinapsis nerviosas y nervioso-motoras de los insectos actuando sobre su sistema GABA. Ivermectina ha visto ampliado sus aplicaciones como antiparasitario al ser propuesto para el tratamiento de las pediculosis refractarias al tratamiento tópico. En un reciente trabajo se comprueba como a dosis de 400 mcg/ Kg es más eficaz que el tratamiento tópico con malatión.
- En casos de reinfestaciones repetidas otro recurso lo representa tiabendazol a la dosis de 25mg/ Kg de peso durante 10 días. Estos tratamientos con ivermectina o tiabendazol también son útiles

en otras parasitosis como larva migrans (Llambía & Torrellb, n.d.).

### Conclusión

La escabiosis por su forma de presentación en erupciones, es más que necesario un diagnóstico diferencial (el prurito intenso de predominio nocturno y la presencia de los ácaros confirmarán al diagnóstico), ya que si no hay un diagnóstico preciso, existe la posibilidad de la propagación de la enfermedad. En cuanto al tratamiento existen los tópicos y los orales, se destaca el uso de la permetrina como tratamiento tópico y la ivermectina como tratamiento vía oral, este último es usado desde hace muchos años con altas tasas de curación, ambos en su tipo son los primeros tratamientos de elección.

### Bibliografía

Causín Serrano, S., Duro Mota, E., Agudo Polo, S., Martínez Ramírez, M. O., & Sánchez de la Nieta Martín, J. M. (2002). Revista de medicina familiar y comunitaria. In Medifam (Vol. 12, Issue 7). [Sociedad MEDIFAM]. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip>

t=sci\_arttext&pid=S1131-57682002000700004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

José Javier, M. R., Shayma, C. B., & Estefany, P. I. (2022). Escabiosis, enfermedad producida por el *Sarcoptes Scabiei*. In Aniversariocimeq2022.

Laliena Aznar, S., Corella Aznar, E., Campos Calleja, C., & Gómez Barrena, V. (2018). Escabiosis: lesiones pruriginosas altamente contagiosas. *Rev. Pediatr. Electrón*, 31–36.

Llambía, F., & Torrellb, M. (n.d.). FORMULACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCABIOSIS. <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2012/6/25/52287.pdf>

Morgado-Carrasco, D., Piquero-Casals, J., & Podlipnik, S. (2022). Tratamiento de la escabiosis. *Atención Primaria*, 54(3), 102231. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102231>

Plascencia Gómez, A., Proy Trujillo, H., Eljure López, N., Atoche Diéguez, C., & Calderón Rocher, C. (2013). Escabiosis: una revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 11(3), 217–223. <https://dcmq.com.mx/edición-julio-septiembre-2013-volumen-11-número-3/177-escabiosis-una-revisión>

Plaza Almeida, J., Miguel Catalá Rubio, J., Poveda Cano, M., Navarro Felipe Pediatra Zona, A. C., & España, A. (2020). Dermatología No toda erupción cutánea pruriginosa es dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*, 28, 93–94. [www.pap.es](http://www.pap.es)

Sola García, E., & Blasco Morente, G. (2017). Scabies: dermatoscopy could be the key. *ACTUALIDAD MEDICA*, 102(802), 178–179. <https://doi.org/10.15568/am.2017.802.cd01>

### CITAR ESTE ARTICULO:

Molina Velastegui, R. A., Albán Cuenca, J. A., Veintimilla Andrade, L. A., & Reyes Suarez, C. E. (2022). Escabiosis: diagnóstico diferencial y tratamiento. *RECIAMUC*, 6(2), 176-183. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.176-183](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.176-183)

