

LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

ESCABIOSIS

Su agente causal es un ácaro denominado *Sarcoptes scabiei* subespecie *hominis*. Se transmite principalmente por contactos cutáneos personales íntimos, piel a piel; con menor frecuencia, por medio de ropas de vestir y de cama. Predomina en jóvenes y en otoño invierno. Es endémica en determinados países tropicales y responsable de epidemias en hospitales, casas de acogida y residencias de ancianos.

La escabiosis o sarna es una infestación cutánea intensamente pruriginosa y contagiosa que se manifiesta por la presencia de surcos, pápulas, vesículas y costras (Figura 1), también puede presentarse como una dermatosis psoriasiforme que afecta a manos y pies (Figura 2 y 3) con hiperqueratosis de las uñas y erupción eritematosa descamativa en la cara, el cuello, el cuero cabelludo y el tronco.

La variante costrosa se presenta en una población susceptible que la constituyen pacientes con infección por VIH, o pacientes en situación de inmunodepresión por tratamiento esteroideo (sistémico o tópico), trasplantados, neoplasias hematológicas o deficiencia mental, si bien se describe en aborígenes de zonas rurales de Australia sin inmunosupresión conocida^{1,2}.

El retraso diagnóstico es frecuente ya que puede simular otras dermatosis descamativas propias del VIH como la dermatitis seborreica, psoriasis o exantemas inducido por fármacos. Las complicaciones

pueden ser graves con relación a infecciones bacterianas secundarias fundamentalmente por *Staphylococcus aureus* y originadas mediante rascado (figuras 4 y 5).

El diagnóstico de certeza se establece mediante la identificación microscópica del parásito, huevos o heces, recomendándose efectuarlos en el caso de pacientes con

VIH con dermatitis generalizada e indigentes.

Como tratamiento se aconseja un escabicida tópico e ivermectina o bien dosis repetidas de esta última³. Los CDC recomiendan tratamiento tópico con lindane al 1% o permetrina al 5% y sistémicos con ivermectina⁴.

La permetrina constituye el escabicida tópico de elección y es tan efectiva como el lindano y menos tóxica. La ivermectina constituye un fármaco efectivo, barato y seguro, recomendado en la sarna relacionada con el VIH (especialmente en casos graves), en pacientes con recuentos de CD4 bajos y tras fracasar tratamientos tópicos, además, es útil en los brotes institucionales (especialmente en ancianos con mala tolerancia a los tratamientos tópicos).

Las medidas de aislamiento son fundamentales para evitar brotes nosocomiales o comunitarios de esta entidad tan contagiosa y en especial en los centros penitenciarios donde con cierta frecuencia aparece algún caso.



Figura 1: Lesión típica donde se aprecian los surcos y pápulas.



Figura 2: Localización típica de las lesiones en mano.

CORRESPONDENCIA:

Vera Remartínez, Enrique J. y
Rincón Moreno, Santiago
Servicio Médico del Centro Penitenciario
de Castellón I
Carretera de Alcora Km. 10
12071 Castellón

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Walton SF, McBroom J, Mathews JD, Kemp DJ, Currie BJ. Crusted scabies: a molecular analysis of *Sarcoptes scabiei* variety *hominis* populations from patients with repeated infestations. *Clin Infect Dis.* 1999; 29: 1226-1230.
2. Rodríguez-Gómez FJ, Pastrana-Mejía GA, Lomas JM, Pujol E. Varón con infección VIH avanzada y lesiones cutáneas hiperqueratósicas difusas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24 (9): 587-589.
3. Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdel FA. The treatment of scabies with ivermectin. *N Engl J Med.* 1995; 333:26-30.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2002; 51 (RR-6): 67-69.



Figura 3: Localización típica de lesiones en el pie.



Figura 4: Dermatitis originada por sobreinfección mediante rascado.



Figura 5: Lesiones sobreinfectadas con aparición de costras.