

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4792

**Escabiosis en paciente masculino de 10 años con desnutrición
crónica infantil de la amazonia ecuatoriana.
Reporte de caso y revisión**

Md. Bianca Araujo Wong

bianca.awong25@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3913-1580>

Médico General, Centro de Salud de Valladolid, Ecuador

Md. Miguel David Alvarez Saltos

miguel_6_95@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8488-2797>

Médico General, Centro de Salud de Palanda Tipo B, Ecuador

Md. Yadira Paola Peláez Salinas

yadipaola.0016@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3321-1843>

Médico General, Hospital General Manuel Ygnacio Monteros, Ecuador

Md. Vanesa Elizabeth Sarango Guamaní

vanesarango01@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3095-6842>

Médico General, Centro de Salud Miss Ecuador Tipo A, Ecuador

Md. Pablo Andrés Arroyo Chugcho

pabloandresarroyo26@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8213-3856>

Médico General, Hospital General de Puyango, Ecuador

Correspondencia: bianca.awong25@gmail.com

Artículo recibido 05 enero 2023 Aceptado para publicación: 26 enero 2023

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Araujo Wong, M. B., Alvarez Saltos, M. M. D., Peláez Salinas, M. Y. P., Sarango Guamaní, M. V. E., & Arroyo Chugcho, M. P. A. (2023). Escabiosis en paciente masculino de 10 años con desnutrición crónica infantil de la amazonia ecuatoriana. Reporte de caso y revisión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 4664-4675. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4792

RESUMEN

La escabiosis o sarna es una infección ectoparasitaria producida por el acaro *Sarcoptes scabiei* var *hominis* (clase Arachnida, subclase Acarina, orden Astigmata, familia Sarcoptidae). Tiene una distribución mundial, con una prevalencia global estimada de 300 millones de casos. Es una enfermedad para la que hay susceptibilidad universal, sin diferencias significativas en cuanto a sexo, edad, grupo étnico o nivel socioeconómico, aunque existen circunstancias predisponentes para su contagio, como el hacinamiento, la inmigración, la higiene deficiente, la malnutrición, la demencia y la promiscuidad sexual.

Objetivo: Identificar de manera temprana la evolución de la escabiosis para su respectivo diagnóstico y tratamiento.

Descripción del caso: Se presenta este caso y se realiza un revisión literaria para poder identificar el diagnóstico de escabiosis en paciente con desnutrición crónica.

Paciente de bajos recursos económicos es captado por personal médico donde se evidencia prurito de varias semanas de evolución donde se evidencia exantema en región abdominal pruriginoso además de ello presenta desnutrición crónica. Es ingresado al servicio de dermatología con apoyo de nutrición donde recibe tratamiento por varios días los cuales son favorables con una evolución adecuada.

Conclusiones: La escabiosis en nuestro país Ecuador es endémica, es una enfermedad común en nuestra región amazónica donde la mayoría de las personas que la padecen son personas en hacinamiento con bajos recursos que presentan desnutrición crónica, es importante como médicos realizar controles sanitarios a las personas vulnerables de las zonas rurales.

Palabras clave: *escabiosis; desnutrición; hacinamiento; diagnóstico*

Scabies in a 10-year-old male patient with chronic child malnutrition from the Ecuadorian Amazon. Case report and review

ABSTRACT

Scabies or scabies is an ectoparasitic infection produced by the mite *Sarcoptes scabiei* var *hominis* (class Arachnida, subclass Acarina, order Astigmata, family Sarcoptidae). It has a worldwide distribution, with an estimated global prevalence of 300 million cases. It is a disease for which there is universal susceptibility, without significant differences in terms of sex, age, ethnic group or socioeconomic level, although there are predisposing circumstances for its contagion, such as overcrowding, immigration, poor hygiene, malnutrition, dementia and sexual promiscuity.

Objective: Early identification of the evolution of scabies for its respective diagnosis and treatment.

Description of the case: This case is presented, and a literary review is carried out in order to identify the diagnosis of scabies in a patient with chronic malnutrition.

Low-income patient is captured by medical personnel where itching of several weeks of evolution is evidenced where there is evidence of an itchy rash in the abdominal region, in addition to this he presents chronic malnutrition. He is admitted to the dermatology service with nutritional support where he receives treatment for several days which are favorable with an adequate evolution.

Conclusions: Scabies in our country Ecuador is endemic, it is a common disease in our Amazon region where most of the people who suffer from it are overcrowded people with low resources who have chronic malnutrition, it is important as doctors to carry out health checks on people vulnerable in rural areas.

Keywords: *scabies; malnutrition; overcrowding; diagnosis*

INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una de las ectoparasitosis más frecuentes en los niños en países en desarrollo. Sus manifestaciones clínicas difieren de acuerdo al grupo de edad afectado, siendo los recién nacidos y lactantes quienes sufren las variedades clínicas que se generalizan más rápidamente. El diagnóstico es principalmente clínico y para el tratamiento se dispone de varias opciones dentro de las cuales la más novedosa es la ivermectina cuyo éxito radica en la administración oral de dos dosis y una alta tasa de erradicación de la infestación equiparable a la ofrecida por la aplicación tópica de permetrina al 5% que era una de las mejores opciones terapéuticas.¹⁻²

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.²⁻³

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.³

Las infestaciones por escabiosis se transmiten con mayor frecuencia por contacto personal estrecho; sin embargo, existen datos en la literatura mundial que demuestran la importancia de los reservorios inanimados intradomiciliarios como los colchones, muebles y pisos de baldosas donde puede permanecer vivo el *Sarcoptes* hasta por tres días.⁴⁻⁵

Etiología

Sarcoptes scabiei variedad *hominis* es el agente etiológico de la enfermedad. El ácaro hembra, causante de los síntomas mide 400 micras y tiene cuatro pares de patas y cuerpo redondeado. Las otras variedades de *S. scabiei* como el *cannis* no causan enfermedad en el hombre y, si lo hacen sus síntomas son mucho más leves y la enfermedad no se generaliza debido a que no se puede completar su ciclo de vida.

Transmision:

El ácaro que produce la sarna no puede ser visto a simple vista: es una pequeña criatura de ocho patas y cuerpo redondo, que penetra en la piel (véase la ilustración de apertura de este artículo). Atraída por el calor y el olor, el ácaro hembra hace un túnel en la capa de la piel, deposita sus huevos y deposiciones y segrega sustancias que causan reacciones alérgicas.⁸ Este proceso puede durar unas semanas y como consecuencia el paciente desarrolla una reacción alérgica que provoca un prurito intenso de predominio nocturno que puede mantenerle despierto toda la noche.⁹

Las larvas, o ácaros recién nacidos, salen de los huevos al cabo de unos 20 días y excavan túneles en las capas externas de la piel, donde se van convirtiendo en ácaros adultos. Si el ácaro es expulsado de la piel al rascarse, puede vivir en el exterior aproximadamente unas 24 horas.¹⁰

Puede pasar hasta un mes antes de que el paciente empiece a notar prurito, especialmente si mantiene una buena higiene y se baña con frecuencia.¹¹⁻¹²

Manifestaciones clínicas

El sintoma mas característico es el prurito, sobre todo nocturno o durante el baño con agua caliente. Las lesiones cutáneas mas características consisten en unos surcos labrados por los ácaros en el estrato córneo (surcos acarinos), que terminan en la eminencia acarina. Se describen habitualmente dos variantes clínicas, la sarna típica o clásica y la sarna noruega o costrosa. En la sarna noruega hay un predominio de las lesiones hiperqueratósicas o placas costrosas en las manos, los pies, las rodillas, los codos, el tronco e incluso el cuero cabelludo y la cara. Se presenta en pacientes inmunodeficientes.¹¹⁻¹²

Existen lesiones primarias (surco acarino, vesículas y nódulos) y lesiones secundarias (pequeñas pápulas urticariformes, lesiones de rascado, excoriaciones, placas eczematosas y sobreinfección bacteriana). Cada una de estas lesiones suele tener una localización característica; así, los surcos se localizan sobre todo en zonas de flexión de las muñecas, espacios interdigitales de las manos, región lateral de las palmas y dorso del pie; las pápulas se localizan en el tronco, axilas, areolas, cintura, nalgas y muslos y los nódulos pueden encontrarse en las axilas y, en los varones, en los genitales.¹³⁻¹⁴

Diagnostico

El diagnóstico de la sarna es fundamentalmente clínico. Se han de sumar la

sintomatología florida, la morfología típica de las lesiones, la localización, igualmente típica, el prurito nocturno y el contagio familiar.¹⁵

Cualquier paciente con prurito generalizado, de predominio nocturno, debe hacer-nos 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.¹⁶

En los últimos años se emplea una técnica denominada epiluminiscencia microscópica (ELM), que se utilizaba normalmente para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel. La ELM es una técnica que permite una inspección detallada de la piel in vivo, desde la epidermis hasta la dermis papilar. En unos pocos minutos esta técnica hace un diagnóstico in vivo del parásito no ocasionando dolor al paciente (que sí aparece con las técnicas anteriores). Además, la ELM disminuye de manera significativa el número de falsos negativos y últimamente se está utilizando para monitorizar la respuesta al tratamiento escabicida.¹⁷

Tratamiento

Medidas generales Las medidas fundamentales para evitar el fracaso del tratamiento son las siguientes:

1. Aislamiento sanitario estricto del paciente hasta 24 h después de iniciar el tratamiento.
2. Previamente a la administración del tratamiento, aplicar medidas higiénicas.
3. Selección del agente escabicida adecuado y explicación de las normas de aplicación (tiempo de permanencia y correcta aplicación, sobre todo en las zonas afectadas).
4. Evitar el uso de otros productos cosméticos mientras dure el tratamiento ya que pueden alterar la absorción del agente escabicida.

5. Finalizado el tratamiento, el paciente se duchara y se cambiara totalmente de ropa de vestir y de cama.
6. Aplicar tratamiento profilactico a los contactos proximos.
7. En el caso de la sarna noruega, previamente al tratamiento escabicida se utilizarán agentes queratolíticos para eliminar la hiperqueratosis y favorecer la penetración del producto.

La guía europea de tratamiento de la escabiosis¹ recomienda como tratamiento de primera línea el uso de permetrina tópica al 5% o la administración oral de 2 dosis de ivermectina de 200 µg/kg separadas por una semana o bencil benzoato tópico. Otras alternativas, ya en segunda línea, son el malation tópico al 0,5%, la ivermectina tópica al 1% y las fórmulas azufradas al 6-33%, entre otras. El lindano ya no se recomienda por su potencial neurotoxicidad. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) norteamericanos recomiendan la utilización de permetrina tópica al 5%, crotamitón tópico al 10%, pomadas azufradas (al 5-10%) e ivermectina oral. La guía alemana destaca a la permetrina tópica como primera opción terapéutica, y a la ivermectina oral, crotamiton al 10% y bencil benzoato al 25% en segunda línea. La guía japonesa recomienda a la fenotrina tópica o a la ivermectina oral como primera línea terapéutica. Se debe indicar tratamiento simultáneamente a los contactos. Se considera contacto a todos los miembros del núcleo familiar, a las personas que comparten habitación o sean compañeros sexuales del paciente.¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰

Entre las distintas opciones tópicas existentes en Ecuador, la permetrina ocupa el primer lugar. Se trata de un compuesto sintético a partir de los piretrinoides 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.²¹

Para niños mayores, adolescentes y adultos se suele indicar una aplicación de la crema de permetrina al 5% en toda la superficie corporal excepto la cabeza (cara y cuero cabelludo). Esta exclusión no parece tener más fundamento que la escasa frecuencia con que la escabiosis se presenta, en personas de esta edad, en la cara y el cuero cabelludo. Pero no habría impedimento para incluir estas dos zonas. Antes bien, se recomienda incluirlas, puesto que la escabiosis puede afectarlas. La crema debe permanecer durante unas 8 a 12 horas, y luego debe ser eliminada con una ducha o un lavado con agua y

jabón; en general se aplica por la noche, y el lavado se hace por la mañana. A fin de no dejar manos y muñecas sin tratamiento durante la noche, no conviene lavarse las manos después de aplicar la crema. Una única aplicación suele ser suficiente, pero si fuera necesario se puede repetir pasados al menos 4 días.²²

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS

El presente artículo se enmarca en la modalidad de bibliografía documental, recopilando datos de diferentes revistas científicas que ayudaron la fundamentación del presente marco teórico. El campo de la investigación es descriptiva ya que se realizó la revisión de la historia clínica del Centro de Salud de Palanda Tipo B ubicado en la Provincia de Zamora Chinchipe en la Región Amazónica de Ecuador, caso clínico en paciente de 14 años con desnutrición crónica que presenta escabiosis.

PRESENTACION DE CASO CLINICO

Paciente masculino de 10 años de edad, con evidente delgadez, poca higiene física y condiciones inadecuadas de vivienda, se evidencia rash cutáneo más picor desde hace aproximadamente 2 meses, por pertenecer a una zona rural se dificulta la movilización a una Unidad de Salud, es captado por médicos de brigadas al identificar el mal estado de salud del paciente, es derivado de manera urgente al servicio de dermatología e nutrición, se realizan los respectivos exámenes complementarios.

Figura 1. Foto de paciente con surcos acarinos en miembros superiores



Paciente es ingresado al servicio de dermatología y nutrición junto valoración por dermatología en donde se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18, temperatura de 37.2°C, peso: 25 kg, talla: 135 cm, IMC: 13.7 (Muy Bajo Peso Severo).

Paciente orientado en tiempo espacio y persona con notable delgadez compatible por desnutrición y peso baja para la edad, responde adecuadamente al interrogatorio. Cabeza normocéflica, cuero cabelludo se evidencia presencia de garrapatas. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas. Fosas nasales permeables. Boca mucosas orales secas, Cuello adenomegalias submandibulares palpables. Tórax: surcos acarinos en toda la extensión referentes a escabiosis. Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético. Pulmones murmullo alveolar conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación RHA+. Extremidades tono y fuerza muscular conservado presencia de surcos acarinos en toda su extensión.

Se realiza método diagnostico habitual raspado de piel con un bisturí y aceite en la pápula del extremo distal del túnel donde se evidencian datos compatibles con escabiosis. Además se realiza la dermatoscopia que revela manchas triangulares de color pardo al final del túnel, las cuales evidencian la presencia del ácaro.

DISCUSIÓN

La escabiosis es un problema importante, la clínica inicial de la escabiosis es el prurito intenso, predominantemente nocturno, que respeta la cabeza, estas infecciones se transmiten con mayor frecuencia cuando existe un contacto estrecho. Los reservorios inanimados intradomiciliarios son los colchones, muebles y pisos de baldosas, superficies que permite que estén vivos el sarcopetes que provoca esta enfermedad. En nuestro país Ecuador Especialmente en la Amazonia Ecuatoria existen zonas endémicas por la alta falta de recursos, es por eso que las personas tienen hogares para sustentar con servicios básicos inadecuados y cosas deplorables, cabe recalcar que la desnutrición crónica es un factor importante que permite que cualquier enfermedad se adhiera a la persona ocasionado muchas patologías como es la escabiosis. Nuestro paciente fue captado de manera oportuna y fue diagnosticado y tratado con muchos días de evolución respondió adecuadamente. El diagnóstico de escabiosis es eminentemente clínico y requiere una alta tasa de sospecha y el reconocimiento de la morfología y localización de las lesiones

características. En general no es necesario solicitar test diagnósticos más sofisticados, salvo en casos de dudas diagnósticas.

CONCLUSIONES

La escabiosis es un problema de Salud Pública Mundial, por la clínica que refiere es importante un diagnóstico diferencial. Es importante el diagnóstico temprano y preciso para evitar la propagación de la enfermedad. Así mismo es importante educar al paciente sobre los tratamientos tópicos y orales ya que depende mucho de la responsabilidad de los mismo para la remisión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Rueda FA, Cáceres P. Manejo práctico de la escabiosis en niños. MEDUNAB 2002; 5(14):112-117.
- Airlan LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. "Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var *canis* and var. *hominis*". J Am Acad Dermatol 1984; 11: 210-215.
- Shmidt E, Levitt J. "dermatologic infestations". International Journal of Dermatology 2012; 51: 131-141.
- Laliena Aznar, S., Corella Aznar, E., Campos Calleja, C., & Gómez Barrena, V. (2018). Escabiosis: lesiones pruriginosas altamente contagiosas. Rev. Pediatr. Electrón, 31-36
- Monteagudo B, Leon Muiños E, Cabanillas M. Escabiosis. Rev Clin Esp. 2014; 214(7).
- José Javier, M. R., Shayma, C. B., & Estefany, P. I. (2022). Escabiosis, enfermedad producida por el *Sarcoptes Scabiei*. In Aniversario cimeq 2022
- Burkhart CG. Scabies: An epidemiologic reassessment. Ann Intern Med 1983; 98: 498-503.
- Meinking TL, Taplin D. Advance in Pediculosis, Scabies and other mite infestations. Adv Dermatol 1990;5:131-52.
- Puig L. Parasitosis y zoonosis. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica. Madrid, Mosby/Doyma Libros 2001, p. 101-3.
- Sarier J. Compendio de dermatología. 6.ª ed. Barcelona: Salvat, 1990.
- Angel T. Infestaciones en el paciente pediátrico. Clin Pediatr Norte Am 2000; 47:973-

- García-Patos V. Escabiosis. En: Moraga F, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica (vol. I) 2002 [actualizado 2007]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos/11.pdf>
- Fry L, Voorhees JJ, Duncan O, Ella M. Infestaciones por parásitos y picaduras de insectos. En: Atlas de dermatología, enciclopedia de la serie de medicina visual. Barcelona: The Parthenon Publishing Group 2001; vol. 3: 154-8
- Heukelbach J. Scabies. *The Lancet*. 2006; 367:1767-1774
- Salavastru C.M., Chosidow O., Boffa M.J., Janier M., Tiplica G.S. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1248–1253. [PubMed] [Google Scholar]
- Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. *J Dermatol*. 2017;44:991–1014. [PubMed] [Google Scholar]
- Sunderkötter C., Feldmeier H., Fölster-Holst R., Geisel B., Klinker-Rehbein S., Nast A., et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies - short version. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016;14:1155–1167. [PubMed] [Google Scholar]
- CDC - Scabies - Resources for Health Professionals - Medications 2019. [consultado 7 Jul 2021] Disponible en: https://www.cdc.gov/parasites/scabies/health_professionals/meds.html
- Plascencia Gómez, A., Proy Trujillo, H., Eljore López, N., Atoche Diéguez, C., & Calderón Ro-cher, C. (2013). Escabiosis: una revisión. *Derma-tología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 11(3), 217–223. <https://dcmq.com.mx/edición-julio-sep-tiembre-2013-volumen-11-número-3/177-esca-biosis-una-revisión>
- Campillos Páez, M^a. T., Causín Serrano, S., Duro Mota, E., Agudo Polo, S., Martínez Ramírez, M. O., & Sánchez de la Nieta Martín, J. M.. (2002). Escabiosis: revisión y actualización. *Medifam*, 12(7), 40-54. Recuperado en 20 de enero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000700004&lng=es&tlng=es.

Balestri R., Magnano M., Infusino S.D., Rizzoli L., Girardelli C.R., Rech G. Scabies is becoming less sensitive to permethrin therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 doi: 10.1111/jdv.17538. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Golant A, Levitt J. Scabies: a review of diagnosis and management based on mite biology. *Pediatr Rev.* 2012;33:e1-e12.