

Sarna

Rosa Taberner Ferrer, Antoni Nadal Nadal

Servicio de Dermatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, España.

Fecha de publicación: 19-feb-2014
 Bibliografía revisada hasta: 13-oct-2013
 Guía-ABE_Sarna (v.1.0/2014)

Cita sugerida: Taberner Ferrer R, Nadal Nadal A. Sarna (v.1.0/2014). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 13-oct-2013; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave:

- La sarna está producida por un ácaro, *Sarcoptes scabiei hominis*, que excava surcos superficiales en la piel y se transmite por contacto personal directo. El periodo de incubación, tras la infestación, es de 3 a 6 semanas. A los niños los suelen contagiar sus padres, con más frecuencia la madre.
- La primera manifestación clínica de la sarna es el prurito, intenso y de predominio nocturno, que respeta la cabeza, salvo en los lactantes. Va seguido de pápulas eritematosas y surcos o túneles en los que se encuentra el parásito y de lesiones secundarias en forma de costras, excoriaciones, eccema o vesículas. Las zonas cutáneas más vulnerables son los pliegues interdigitales de la mano, las muñecas, las axilas, los pezones, las nalgas y los órganos genitales externos. En los lactantes es frecuente la afectación del cuero cabelludo y característica la de palmas y plantas, a menudo con lesiones pustulosas, así como de los dedos, incluso bajo las uñas. Con frecuencia se producen infecciones cutáneas secundarias.
- El diagnóstico se establece a partir de la anamnesis, los signos físicos y, si es posible, la demostración del parásito, ante un cuadro de prurito de presentación familiar de más de 2 semanas de duración, en presencia de lesiones específicas como surcos y túneles¹ entre los dedos de las manos, pies, genitales, ombligo, muñecas, etc. o lesiones inespecíficas como pápulas, eccema, excoriaciones y nódulos persistentes en grandes pliegues y genitales.
- La crema de permetrina al 5% es el tratamiento de elección en niños mayores de dos meses. Una vez realizado el tratamiento, es posible la persistencia del prurito durante algunas semanas². Todos los familiares que comparten el hogar deben recibir tratamiento al mismo tiempo, para prevenir el contagio y la reinfestación. Es preciso tratar la vestimenta, las toallas y la ropa de cama mediante lavado con agua caliente.

Microorganismo causal

Sarcoptes scabiei (var. *hominis*)

Estudios complementarios

	Indicados en la evaluación inicial	Indicados para diagnóstico de confirmación
Microbiología	No son necesarios; el diagnóstico puede hacerse por la clínica	Visión directa al microscopio óptico del ácaro procedente de una muestra obtenida rascando las lesiones sospechosas (test de Müller ³)
Otras pruebas opcionales		Dermatoscopia

Indicaciones de ingreso hospitalario

Poco frecuentes: situaciones de inmunosupresión, sobreinfección bacteriana o sepsis

Tratamiento farmacológico

De elección	Alternativas
<ul style="list-style-type: none"> Permetrina al 5% en crema⁴ (en >2 meses de edad). Aplicar durante 8-14 horas y repetir a los 7-10 días 	<ul style="list-style-type: none"> Azufre precipitado al 6-10%⁵ en <i>cold cream</i> o vaselina Crotamitón 10% loción⁶ Ivermectina oral⁷ en cápsulas (200 mcg/kg) y repetir a los 7-14 días (evitar en pacientes con <15 kg de peso)

Otras medidas terapéuticas

- El tratamiento debe realizarse simultáneamente a todos los contactos del paciente infestado, tengan o no síntomas porque, tras la infección, la enfermedad puede tardar de 3 a 6 semanas en manifestarse
- Lavar la vestimenta, las toallas y la ropa de cama en lavadora con el programa de agua caliente (>50 °C) y secado posterior en secadora (si se dispone de ella). Una alternativa es mantenerla en una bolsa sellada durante 5-7 días, porque el parásito no vive, en condiciones normales, más de 3 días fuera del huésped
- Antihistamínicos en función del prurito
- Prestar atención y valorar tratamiento de las [infecciones cutáneas secundarias](#)
- Los niños que han recibido tratamiento [pueden acudir al centro escolar](#) al día siguiente del mismo

Referencias bibliográficas

- Bécourt C, Marguet C, Balguerie X, et al. Treatment of scabies with oral ivermectin in 15 infants: a retrospective study on tolerance and efficacy. *Br J Dermatol*. 2013;169:931-3.
- Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med*. 2010;362:717-25.
- Hay RJ, Steer A.C, Engelman D, et al. Scabies in the developing world; prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18:313-23.
- National Institute for Health Care and Excellence (NICE). Clinical Knowledge Summaries (CKS). Scabies. [en línea] [actualizado en dic-2011; consultado el 13-oct-2013]. Disponible en <http://cks.nice.org.uk/scabies>
- Scott GR, Chosidow O, Janier M. European Guideline for the Management of Scabies (2010). *Int J STD AIDS*. 2011;22:301-3.
- Scott G, Radcliffe K, Ahmed-Jusuf I, et al. United Kingdom national guideline on the management of scabies infestation (2007) [en línea] [actualizado el 15-feb-2008; consultado el 13-oct-2013]. Disponible en <http://www.bashh.org/documents/27/27.pdf>
- Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 3. [en línea] [actualizado el 10-ago-2010; consultado el 13-oct-2013]. Disponible en

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000320.pub2>

Consulta de medicamentos en Pediatría:



Notas

- ¹ El surco o túnel acarino, si está bien identificado, es importante para el diagnóstico. Se trata de una lesión, excavada por el parásito en el estrato córneo de la piel, de color gris, rojizo o marrón de unos 2 a 15 mm de largo.
- ² El prurito postratamiento puede mejorarse con la aplicación de emolientes o de un corticoide tópico de baja potencia. Si la clínica persistiera más de dos semanas, deberá descartarse un fallo terapéutico o una reinfestación.
- ³ La muestra se puede obtener rascando las lesiones sospechosas con un bisturí. Se impregna el material obtenido en hidróxido de potasio al 10% o aceites minerales (estos no disuelven las heces del parásito).
- ⁴ La permetrina debe aplicarse en una capa fina en toda la superficie cutánea, desde el cuello hasta las palmas y las plantas, incluyendo los espacios interdigitales, incluso debajo de las uñas, las axilas, la zona periumbilical y la genital. En los niños pequeños debe aplicarse también en la cara (procurando evitar que entre en contacto con los ojos y la boca) y en el cuero cabelludo. Se mantiene durante 8-14 h. Debido a la incompleta actividad ovicida, debe repetirse otra aplicación a los 7-10 días. Se ha usado en menores de 2 meses con eficacia y sin efectos secundarios, pero su uso no está recogido en la [ficha técnica del medicamento](#). Presentaciones comerciales (financiadas por el SNS) de permetrina al 5%: Perme-Cure[®] y Sarcop[®].
- ⁵ El azufre precipitado (preparado magistral a base de sulfuro orgánico) es seguro en los niños más pequeños y aunque se considera el tratamiento de elección en mujeres embarazadas, presenta menor tasa de curación que la permetrina, huele mal, tiñe la ropa y puede provocar irritación. Se aplica durante 3 noches consecutivas (lavar a las 24 h de la última aplicación). Fórmula magistral: azufre precipitado 6-10% en *cold cream* o vaselina.
- ⁶ Una o dos aplicaciones separadas por 24 horas y lavar a los 2-3 días después del último tratamiento. Presentaciones comerciales de crotamitón al 10%: Euraxil loción[®].
- ⁷ La ivermectina oral puede ser útil en los casos resistentes y en el tratamiento de la "sarna noruega" (forma costrosa de la enfermedad, con mayor densidad de parásitos, que puede ocurrir en determinados pacientes, sobre todo en inmunodeprimidos), aunque, en este caso, con una pauta con un número mayor de dosis. Su uso no está aprobado en nuestro país, pero puede solicitarse como medicación extranjera, con un perfil de seguridad aceptable en niños de más de 15 kg.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.



[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2014. ISSN: 2174-3568.