

Sarna

Rosa Taberner Ferrer

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

Fecha de actualización: 18-sep-2021

Cita sugerida: Taberner Ferrer R, Sarna (v.1.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18-sep-2021; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave:

- La sarna está producida por un ácaro, *Sarcoptes scabiei* var. *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. Se transmite por contacto directo y prolongado, habitualmente en el ámbito familiar, siendo menos frecuente que el contagio se produzca en la escuela.
- 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 sospecha clínica es suficiente para iniciar el tratamiento, siendo la crema de permetrina al 5% el tratamiento de elección en niños mayores de dos meses. Una vez realizado el tratamiento, es posible la persistencia del prurito durante varias 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. La ivermectina oral se recomienda en brotes en instituciones o cuando fracasa el tratamiento tópico.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se ha actualizado el tema revisando la bibliografía reciente.

Microorganismo causal

Sarcoptes scabiei (var. *hominis*)

Estudios complementarios

	Indicados en la evaluación inicial	Indicados para diagnóstico de confirmación

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 (signo del ala delta)

Indicaciones de ingreso hospitalario
Poco frecuentes: situaciones de inmunosupresión, sobreinfección bacteriana o sepsis

Tratamiento farmacológico	
De elección	Alternativas
- Permetrina al 5% en crema⁴ (en >2 meses) - Aplicar durante 8-14 h y repetir a los 7-10 días	- Azufre precipitado al 6-10%⁵ en <i>cold cream</i> o vaselina - Crotamitón 10% loción⁶ - Ivermectina oral⁷ en comprimidos, 200 mcg/kg y repetir a los 7-14 días (evitar en madres lactantes, embarazadas y en pacientes <15 kg)

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 cerrada durante 4-8 días, porque el parásito no vive, en condiciones normales, más de 3 días fuera del huésped. Utilizar insecticidas en zonas comunes (colchón, sofá, coche, ...). - 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.

- Bernigaud C, Fernando DD, Lu H, et al. How to eliminate scabies parasites from fomites: a high throughput ex vivo experimental study. J Am Acad Dermatol. 2020;83(1):241-245. [Consultado el 18-sep-2021]. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(19\)33301-8/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(19)33301-8/fulltext)
- 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.
- 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 18-sep-2021]. 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] [consultado el 18-sep-2021]. Disponible en <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000320.pub2/full>
- Thomas, C. , Rehms, W. & Chang, A. (2021). Treatment practices in the management of scabies in infants younger than two months. Ped Dermatol. 2021;38(2):431-435. doi: 10.1111/pde.14523.
- Rodríguez-Moldes Vázquez B, Hernández Martín A. Sarna. Form Act Pediatr Aten Prim. 2014;7:16-22.
- Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. . Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/ivermectina>. Consultado el 07/10/2021.

Declaración de conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Notas aclaratorias

- 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 (éstos 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, habitualmente en aplicaciones más cortas (4 horas), pero no aparece esa información en la ficha técnica del medicamento. Presentaciones comerciales (financiadas por el SNS) de permetrina al 5%: Perme-Cure®, 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). 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 crotamiton 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. Perfil

de seguridad aceptable en niños de más de 15 kg. Presentación comercial: Ivergalen® 3mg (envase con 4 comprimidos).

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). 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.

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



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2020. ISSN 2174-3568