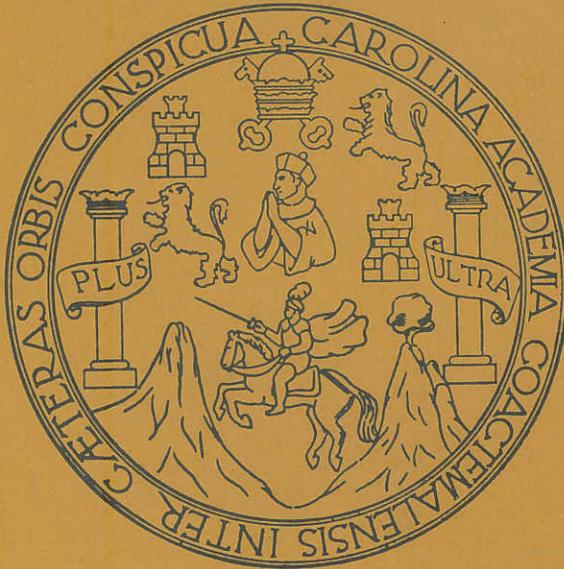


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS Y TERAPEUTICAS ACTUALES DE LA ESCABIOSIS EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO"

RICARDO AUGUSTO PADILLA ZAMORA

Guatemala, Abril de 1971.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. HISTORIA
- III. ANTECEDENTES
- IV. OBJETIVOS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. DESARROLLO
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. SUMARIO Y CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION .

El propósito del presente trabajo es el de analizar una patología médica que en nuestro medio, nuestras comunidades y nuestros hospitales ha aumentado en la actualidad, al igual que en muchos países del mundo, y cuya vista diaria ha hecho que ella y su manejo casi una rutina que presenta algunas lagunas y vicios. Fué aquí donde nació la inquietud de tratar un tema tan común y tan corriente hoy día pero, el que como veremos más adelante, merece estudiarsele y divulgarse más.

Pretendemos con este estudio refrescar a unos y enseñar a otros el cuadro clínico de la enfermedad, el diagnóstico correcto, las complicaciones, y sobre todo, sugerir un esquema de tratamiento con bases clínicas y epidemiológicas que contribuya, aunque en pequeña parte, al bienestar del individuo, de su familia, y por consiguiente, al bienestar de la comunidad, necesidad primordial en nuestro medio que es la meta actual de la medicina moderna.

Queremos contribuir con brindar la experiencia de nuestros hospitales, la que a su vez refleja el tipo de población preponderante en nuestro país, la clase necesitada de nuestra ayuda y responsabilidad como futuros profesionales.

Revisamos en este estudio la literatura nacional y extranjera que sobre el tema pudimos encontrar confirmamento esta última el incremento mundial de esta afección, lo cual refleja en las 10,254 consultas a la Sección de Der-

matología del Hospital Roosevelt efectuada durante un período de seis años a partir de 1963; analizándose también los casos que ya fuera por lo "clásico" o interesante de sus características merecieran ser expuestos como ejemplo.

Fueron evaluados los distintos tipos de tratamientos y sus efectos conseguidos, así como los errores tanto en la orientación a los pacientes afectados como con las prescripciones.

Finalmente, elaborando curvas y datos estadísticos presentamos el panorama de la creciente incidencia de la Escabiosis, la que tiende a presentar a corto plazo características epidémicas alarmantes de no afrontar el problema desde ya en forma adecuada.

Quisieramos que el mensaje de nuestro estudio germinara y fuera bien interpretado. De ser así, nos quedará la satisfacción de haber contribuido, aunque en pequeña parte, con un grave problema de salud en nuestra comunidad.

Deseo expresar mi agradecimiento, nuevamente, a todas las personas -- que contribuyeron al logro de este trabajo.

HISTORIA.

La historia de la Escabiosis se remonta a varios siglos atrás, pudiendo decir que el organismo causal, el *Sarcoptes Scabiei*, es una especie verdaderamente antigua, así como la enfermedad que produce, ya que han sido encontradas en fósiles del período Devoniano referencia de ello. La Escabiosis, en especial la que afecta a los animales, o sarna, ya es mencionada en el antiguo testamento, al narrarse en él la prohibición existente en esta época de sacrificar a cualquier animal afectado de "picazón" y de cuanto tipo de lesiones en la piel presentara, lo cual lo excluía como candidato para convertirse en ofrenda.

Como dijimos anteriormente, la Escabiosis es una enfermedad muy antigua, su descripción ha venido ligada a la presencia de guerras, campañas militares y en general a todas aquellas situaciones en las que grandes conglomerados -- se ven obligados a afrontar malas condiciones higiénicas, características que van de la mano casi invariablemente de esta enfermedad.

La sintomatología "como el organismo" fueron reconocidos por escritores chinos antes de Cristo; sin embargo, tanto los médicos chinos como los médicos persas del siglo X, entre ellos At Tabari, describieron la enfermedad y "el organismo" sin lograr identificar a un pequeño animal (Acaro) como causante del prurito y la erupción. Distintos médicos a través de los años describieron la "comezón" o el prurito, pero la verdadera naturaleza de la enfermedad no fué clasificada sino

OBJETIVOS.

Determinar las causas de la alta incidencia de esta patología en nuestro medio hospitalario, demostrar su carácter epidémico y establecer la frecuencia de ella.

Analizar los caracteres clínicos de la enfermedad, considerar sus variantes, sus complicaciones y el diagnóstico diferencial en nuestro medio hospitalario.

Discutir los aspectos más importantes del tratamiento, crear un esquema adecuado con bases epidemiológicas para el buen manejo de estos pacientes con el beneficio consecuente para su grupo familiar y comunidad.

Hacer conciencia en las nuevas generaciones del aumento de esta enfermedad, así como de la importancia que la buena orientación de parte del médico tiene en este tipo de ectoparasitosis.

Revisar los factores ecológicos que en una comunidad influyan en la incidencia de esta enfermedad y recomendar algunas posibles soluciones.

Demostrar estadísticamente la magnificación en el incremento de la Escabiosis en nuestro medio y la tendencia, a corto plazo, de presentarse con características de una epidemia, con sus consecuentes impactos en la salud y economía nacional.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron las 10, 254 consultas hechas a la Sección de Dermatología del Hospital Roosevelt, durante un período de seis años a partir de 1963 hasta 1968.

Se analizaron todos los casos de Escabiosis presentados en ese lapso, así como las características clínicas que la enfermedad presentó, su tratamiento, la respuesta a éste, y su evolución, recogiendo los datos con base en las observaciones de cada paciente.

Se resumieron los casos clínicos interesantes e ilustrativos desde el punto de vista diagnóstico y complicaciones, tomando de ellos datos para el desarrollo de este trabajo.

Se efectuaron curvas y cuadros estadísticos sobre la incidencia y proyección que esta enfermedad presenta en nuestro medio, consultándose con la oficina de Bioestadística de la Dirección General de Servicios de Salud.

Se revisó la literatura y referencias nacionales y extranjeras de 1950 a 1970, que sobre el tema se pudieron encontrar.

Se analizó la conducta que se sigue para el tratamiento ambulatorio de estos pacientes en la consulta externa de nuestros hospitales, recogiendo la actitud que el médico tratante toma ante un caso de Escabiosis.

DESARROLLO.

La Escabiosis tiene varias sinonimias, entre las que tenemos Sarcop--
tiosis, Sarna, Roña, Sarna de Siete Años, Sarna Francesa, Rasquiña y otros.

El organismo responsable de esta dermatosis es el Sarcoptes Scabiei, pequeño
artrópodo clasificado entre las garrapatillas de la familia Sarcoptidae, orden
Acarina, clase Arachnida. Se han descrito veintinueve familias de garrapati-
llas, aunque muchas de éstas tienen vida libre, las especies parásitas sobrepasa-
n a las no parásitas, afirmando algunos entomólogos que las distintas espe--
cies son muy numerosas.

Las especies parásitas conocidas exhiben diferente grado de parasitismo,
algunas lo son en todas las etapas activas como es el caso de la garrapatilla o
ácaro de la Escabiosis, otras en cambio lo son solamente durante alguna etapa
de su ciclo. Las garrapatillas que atacan al hombre pueden considerarse en --
tres grupos: 1.) Especies del género Sarcoptes, garrapatilla de la Escabiosis. -
2.) Especies (varias familias) que producen dermatitis y 2.) Larvas de garrapa-
tilla de la subfamilia Trombiculinae, todas las cuales producen dermatitis --
siendo algunas de ellas vectoras de las rickettsias del tifo rural (tsutsugamu--
shi).

Es de aclarar que las garrapatillas o Acaros son distintos de las garrapa-
tas por varias características, entre las que tenemos, la de ser más pequeñas
que éstas y carecer de cubierta dura, el tórax y el abdomen constituyen una -

sola pieza, el cefalotorax; el Capítulo o sea la porción anterior movible del --
ácaro que incluye las partes bucales se articulan en la parte anterior del cuerpo
algunos poseen espiráculos sobre el cefalotorax; y el hipostoma puede tambien
en otras carecer de ganchos. Los sexos en estas especies están separados.

Tienen la característica los ácaros de poder ser ecto y endoparásitos, --
siendo de distribución universal ligada a la distribución del hombre y como se -
mencionó anteriormente, infestarlo, o bien utilizar a algunos insectos como ---
fuente de alimento o medio de transporte, no pareciendo ninguno de ellos po--
seer un huésped específico aunque esto se pone en duda como discutiremos más
adelante.

Los miembros de la familia Sarcoptidae, a quien pertenece el Sarcoptes
Scabiei, producen enfermedades de la piel en muchas especies de mamíferos y
pájaros; el género Sarcoptes es el que infesta al hombre produciendo la Escabio-
sis; en otras especies la infestación por esta familia se conoce con diversos nom-
bres populares, de acuerdo con la etiología y lesiones producidas. Existen en la
familia sarcoptidae diez o más géneros y son los del género sarcoptes los únicos
que construyen túneles en la piel e infestan varias especies o variedades, no -
son enteramente específicos de un huésped y a título ocasional se infestan pasto-
res de carneos y cabras, lecheros, mozos y jinetes con formas que normalmente
infestan animales como el S. bovis (ganado bovino), S. equi (caballo), S. ovis

(carnero), *S. suis* (cerdo) y *S. canis* (perro) éste último con mucha mayor frecuencia y con características similares a la escabiosis humana, como lo deja ver el reporte de Naj E. B. Smith en 1967, en donde expone veintidos casos comprobados de transmisión de Escabiosis canina a humanos, lo cual confirma la experiencia de Gerlach y Delafond quienes transmitieron Escabiosis canina a humanos en forma experimental.

El *Sarcoptes Scabiei*, ácaro de la Escabiosis es pequeño, sin ojos, oval, su cara ventral es plana, su cara dorsal convexa, cubierta de una cutícula con surcos transversales, escamas, espinas y cerdas. La hembra mide 400 por 300 micras, el macho más pequeño de 200 a 250 micras. El Nototorax anterior soporta los dos primeros pares de patas, el Nototorax posterior los otros dos, en ambos sexos el primero y segundo par terminan en ventosas, el tercer par en -- cerdas largas, pero en el cuarto par es donde difieren ya que, terminando en cerdas largas en la hembra, y en el macho terminan en ventosas. Las patas -- en ambos son cortas y gruesas. Las partes bucales están formadas principal-- mente por un par de quelíceras (partes bucales perforantes) con quelas (maxi-- lares cortantes) y pedipalpos cónicos con tres articulaciones y un par de palpos labiales articulados cortos, unidos al hipostoma con función protectora. La -- hembra está en capacidad de poner numerosos huevos.

Hasta aquí hemos descrito la morfología del *Sarcoptes Scabiei*. Ahora -

bien, el proceso que éste sigue al infectar la piel humana a la cual puede lle-- gar por transmisión directa como es la forma más frecuente, o por transmisión-- indirecta que es cuando existe un vehículo intermediario entre el parásito y el huésped, con ropa de cama, uso común de ropa interior, toallas, etc., es el siguiente: la llegada a la piel humana de una hembra fértil la que a su vez esta -- blece su morada es lo que eventualmente desencadena la infección con todas -- sus características clínicas. El ácaro que usualmente llega por medio de contac -- to directo con personas infectadas y menos frecuentemente por medio de ropa de cama o vestidos, selecciona el sitio de su casa, que como veremos adelante, -- afecta más a determinadas áreas del cuerpo e inicia la perforación de la piel -- construyendo un túnel en la capa córnea. A menos que el paciente haya pade-- cido previamente de Escabiosis, esta etapa es totalmente imperceptible para el huésped, ya que está comprobado, que existe un proceso de sensibilización del huésped, especialmente a los productos de desecho y heces del ácaro y esto ha -- ce que en las reinfecciones, el prurito se inicie más tempranamente que en las primoinfecciones, pues en éstas ha de concurrir un ciclo vital el que dura más o menos de tres a cuatro semanas; allí que transcurra por lo menos un mes a -- partir de las primeras escavaciones del ácaro para que el paciente que por pri-- mera vez sufre la enfermedad, perciba el prurito debido al proceso de sensibili -- zación como lo afirma K. Mellamby, en su trabajo.

La hembra que inicia su avance a través del túnel escavando un promedio de 0.5 mm. diariamente, es estimulada por el calor, naciendo de aquí — uno de los signos clínicos de la enfermedad o sea la intensificación del prurito al ir a la cama el individuo afectado; deposita con cierto intervalo los huevos y continua su avance, el que cesa al terminar la ovipostura, muriendo después de ésta al final del túnel tortuoso; cada hembra pone un promedio de 50 huevos o más.

A partir de los huevos se forman las larvas exápoda las que anidan en túneles laterales al principal, saliendo posteriormente a la superficie de la piel, por los contornos del folículo piloso y luego se instala en la superficie formando una bolsa de muda de la que sale una ninfa octópoda, pudiendo ésta permanecer dentro de la misma bolsa para una segunda muda, o formar otra nueva. Es a partir de la segunda muda cuando aparecen ya, machos y hembras, que entre los pelos y no a través de los folículos, como se creía en un principio, escavan nuevamente la piel para vivir en nuevos túneles; aquí es donde el macho busca a la hembra y tiene lugar el apareamiento, para iniciarse un nuevo ciclo el que producirá más ácaros.

Como podemos apreciar en el desarrollo del ciclo vital existen dos poblaciones, una dentro de los túneles y una superficial, la que aparece cada vez que estallan los huevos y sigue a cada muda; es ésta población superficial la que sir-

ve para diseminar la infección en nuevos huéspedes, lo que ocurre como mencionamos anteriormente, por contacto íntimo con personas infectadas o bien en forma indirecta, siendo la hembra joven y fértil del ácaro la que juega un papel importante en la transmisibilidad. La vida de las hembras es de cuatro semanas, tiempo similar al que transcurre en la evolución de un adulto a otro adulto en un ciclo vital. Exponemos gráficamente a continuación el ciclo:

(Figura No. 1. en la página siguiente).

Hemos expuesto anteriormente el ciclo de vida del *Sarcoptes Scabiei*, el que como se verá posteriormente es muy importante tenerlo en mente en el momento de prescribir un tratamiento para hacerlo en forma más dirigida y lógica, con bases epidemiológicas para lograr así la curación rápida y efectiva de nuestros pacientes, y porque no decirlo, la de sus familiares, ya que es muy raro el caso en el que sola una persona del grupo familiar resulte afectada. Un aspecto curioso de esto es el que si el afectado es un niño, generalmente por debajo de los cuatro años, en un alto porcentaje la madre también lo está, ahora bien, si el niño es mayorcito son sus hermanos los afectados, el padre muchas veces está a salvo. Indudablemente, este fenómeno coincide con la distribución familiar que se sigue a la hora de dormir en la mayor parte de familias de la clase humilde y que, consecuentemente, están restringidas no digamos de espacio para dormir, sino de espacio vital - adecuado que favorece la promiscuidad; siendo este tipo de gente quienes -- forman el grueso de la consulta de nuestros hospitales, debe ser un aspecto que el médico tratante no debe olvidar para no fracasar en su intento de mejorar la salud del individuo ya que como en ésta muchas otras enfermedades no basta con tratar la patología en sí, sino recordar que quien nos consulta es un ser humano, con su medio ambiente el que influye tremendamente sobre él.

SARCOPTES SCABIEI

ACARO DE LA SARNA

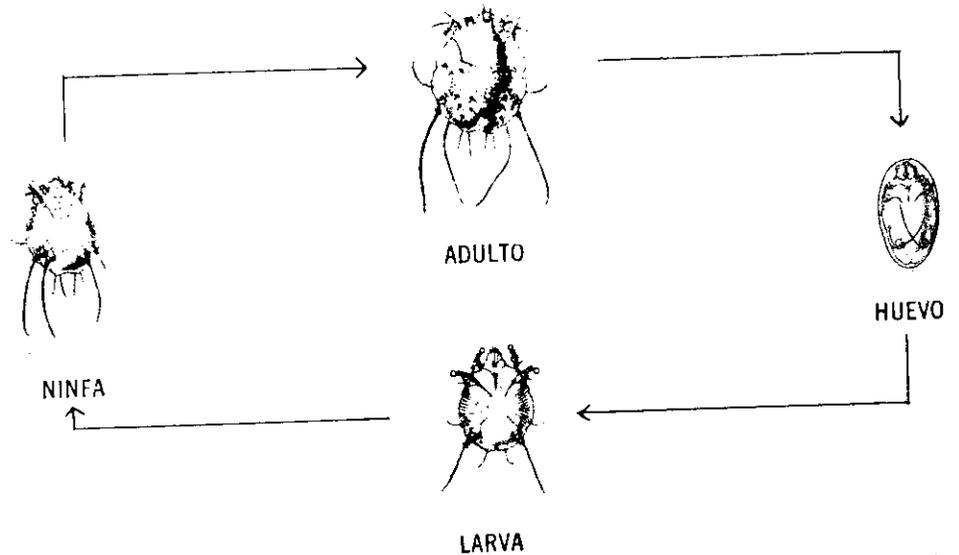


FIGURA No. 1. -

Ciclo Vital del *Sarcoptes Scabiei* causante de la Escabiosis. De Brown Beldin.

CARACTERES CLINICOS.

Un ataque inicial de Escabiosis es asintomático durante las primeras semanas. Después de que se ha efectuado la sensibilización, el ataque inicial se asemeja a los subsecuentes. El síntoma predominante y generalmente el que hace buscar al médico solicitando alivio es un intenso prurito, que se agrava poco después de que el afectado se mete a la cama (indudablemente por aumentar el calor de la piel) llegando en algunos casos a producir insomnio. A consecuencia del rascado por el prurito, algunos parásitos son destruidos al oprimirseles dentro de sus túneles, sin embargo, lo más frecuente es que con esto se disemine más la enfermedad y se agregue al cuadro una infección piógena.

El interrogatorio adecuado del paciente es importante aquí, como en toda enfermedad, sobre todo porque nos brinda datos respecto a la presencia de otros afectados dentro de la familia o bien historia de contacto previo con personas que padecen la misma enfermedad. En los dos casos nos ayuda al diagnóstico diferencial y a encausar correctamente el tratamiento.

En esta enfermedad el diagnóstico definitivo se logra encontrando al ácaro dentro de su túnel, siguiendo un procedimiento que describiremos más adelante. Pero el diagnóstico clínico puede hacerse con la existencia del prurito con sus características y de las lesiones en la piel consistentes en: A) señales de rascado con costras sanguinolentas en algunos casos; B) una erupción pápulo vesicular, pá

pulas que son cuneiformes, rosadas o rojo pálido con costras hemorrágicas -- por el rascado; y vesículas también cuneiformes, muchas de las cuales están rotas por el traumatismo del rascado y en menor número que las pápulas.

La lesión clásica está caracterizada por la presencia de un surco o túnel, los que no son más que las galerías que el ácaro produce durante su escavación, en forma lineal o tortuosa, paralelos a la superficie de la piel, con un máximo de 1 cm. de longitud, de color café claro, semejan a un cabello siendo más fáciles de apreciar en una piel clara y sin infección sobreagregada; generalmente terminan en una pequeña vesícula delante de la cual puede encontrarse al ácaro hembra, ya que los machos y los huevos generalmente están colocados en la trayectoria del túnel y en algunos casos en escavaciones laterales.

El principio del túnel puede aparecer como un pequeño punto obscuro, como el dejado por la punta de un lápiz, cubierto éste por un tapón de queratina y heces del parásito, constituyendo la puerta de entrada del ácaro hasta el estrato corneo; la lesión puede estar también cubierta en su totalidad por una costra. Todo lo anterior sufre modificaciones con el tiempo de evolución de la enfermedad y con la presencia de una infección piógena sobreagregada cosa muy frecuente de observar en esta ectoparasitosis.

Las lesiones guardan cierta característica en su distribución, lo que -

ayuda en el diagnóstico diferencial, existiendo algunas partes del cuerpo en donde su presencia es más frecuente, así tenemos que más fácil es encontrarlas en:

- A) Pliegues interdigitales
- B) Superficie de flexión de las muñecas
- C) Pliegues axilares anteriores
- D) Cuero cabelludo en niños
- E) Pecho
- F) Región areolar de las mamas
- G) Cara interna de la articulación del codo
- H) Pene y escroto
- I) Tercio inferior de los glúteos
- J) Espalda
- K) Cintura

Mellamby en su estudio reportó que las manos y las muñecas eran el sitio favorito del ácaro en un alto porcentaje (63%) y la parte extensora del codo en segundo término (10%); en la mayoría de pacientes que vienen a la consulta externa de nuestros hospitales refieren con más frecuencia las lesiones en el abdomen, tórax anterior, glúteos y muslos; una de las explicaciones que podríamos sugerir para justificar esto es el tipo de trabajo, el trabajo manual, que es el más frecuente en nuestros pacientes hospitalarios, lo que los empuja a mojarse con más frecuencia las manos no así al bañarse que sería una profilaxis de esta enfermedad.

Es interesante observar que en esta enfermedad existe un factor psíquico respecto al prurito o comezón, como lo hay en toda enfermedad en donde éste aparece, ya que está comprobado la presencia de un umbral individual para esta sensación, el cual se modifica de manera importante por factores psíquico, de aquí que se hallan visto casos de pacientes ya curados medicamente, en los cua-

les persiste este síntoma o bien en personas que sin padecer de ella con el solo hecho de saber que estuvieron cerca de alguien enfermo de Escabiosis presentan el prurito; algunos autores han creado el nombre de Acarofobia para bautizar este estado, el que no debe de olvidarse cuando se presenten síntomas de una reinfección y no dar tratamiento innecesarios.

Existe una variedad clínica en la Escabiosis y ésta es la llamada Escabiosis Noruega (Norwegian Scabies), descrita por primera vez en Noruega por Hebra en el año de 1848, la cual difiere de la Escabiosis común en que los signos clínicos están eclipsados por hiperqueratosis severa que en esta entidad se observa especialmente en las palmas de las manos y plantas de los pies. Como otra característica de esta forma es que afecta con mucha mayor frecuencia a instituciones de enfermos mentales y más a los que padecen del Síndrome de Down.

El diagnóstico definitivo de la Escabiosis se logra identificando al ácaro y para esto se puede incidir paralelamente a la piel, el túnel del parásito; especialmente al final de éste, en donde con mayor frecuencia se le localiza, - procedimiento que puede efectuarse con un bisturí fino de piel o bien con la punta de una aguja; como una contraindicación es la coexistencia de una infección. El material así obtenido debe colocarse en un portaobjetos y agregarsele unas gotas de solución de hidróxido de potasio para destruir la queratina y facilitar la identificación del Sarcptes al colocarlo bajo el microscopio a pequeño aumento

o bien bajo la visión de una lupa fuerte. Hemos de aclarar aquí que la mayoría de autores y dermatólogos consultados coinciden en la opinión de que el hallazgo del parásito es bastante difícil, encontrándose éste en muy pocos casos debido a que muere luego de la oviposura ocurriendo su destrucción dentro del túnel, además el número de hembras es escaso, esto no quiere decir que en algunos casos sí se le encuentre.

Pudimos constatar que este procedimiento no se lleva a cabo rutinariamente en los pacientes con tratamiento ambulatorio ni hospitalizados; haciéndose el diagnóstico en ambos casos en forma clínica. Creemos que esto es un error - que puede corregirse fácilmente redundando en beneficio para nuestros pacientes; se argumenta actualmente como una excusa para no efectuarlo el volumen de pacientes que diariamente llenan la consulta externa de nuestros hospitales y la poca disponibilidad de microscopios en otros.

De esta manera, la gran mayoría de casos de Escabiosis tratados en nuestros hospitales se ha llegado al diagnóstico únicamente en forma clínica, basándose muchos tratamientos solamente en un prurito referido cayendo así en el vicio de dar por hecho que toda picazón es sinónimo de Escabiosis, olvidándonos del diagnóstico diferencial y pasando por alto muchas veces otras patologías que pueden también desarrollar este síntoma. Creemos que es un error de fácil corrección con el simple hecho de divulgar en forma adecuada las características de una verdadera Escabiosis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La enfermedad que más frecuentemente puede confundirse con la Escabiosis es el eczema, particularmente el eczema atópico (Prurigo de Besnier). En este el prurito puede ser también muy intenso y con la misma cualidad de agravarse con el calor ya que por lo general este síntoma se exagera con él; las lesiones pueden presentarse en áreas similares a las que afecta el ácaro, como dedos, muñecas, pezones y tronco. Los surcos pueden no presentarse, pero una disposición lineal de las vesículas del eczema pueden disimularlo. En general, según la edad del paciente, habrá algunas variaciones en cuanto a la localización de las lesiones, siendo en los infantes (hasta 18 meses de edad) en cara (eczema infantil) y cara extensora de rodillas. En niños mayores, su localización característica es en las flexuras de manos y piernas, lados del cuello, muñecas y tobillos, siendo igual en los adultos, con la presencia además de liquenificación. Otros miembros de la familia pueden padecer de eczema, simulando más aún a la ectoparasitosis, por lo que en algunas veces se ha hecho necesario observar al paciente por algún tiempo o bien intentar un tratamiento de prueba con el fin de confirmar la impresión clínica de Escabiosis.

La Urticaria papulosa, entidad que causa intensa picazón, especialmente en niños, debe tenerse en mente. En esta la aparición, forma, duración y su localización, que puede ser en una área o todo el cuerpo y generalmente

relacionada con comidas y no con el ritmo nocturno que tiene la Escabiosis. Los niños afectados de esta suelen rascarse intensamente y producirse lesiones que llegan al sangrado, especialmente a nivel del tronco y las extremidades, coexistiendo incluso infección y costras. En esta entidad no hay surcos en la piel, como en la Escabiosis, pero la similitud puede verse aumentada por la presencia de otros casos de Urticaria en la misma familia. En la etiología de la Urticaria, fuera de alimentos, drogas y alérgenos pueden presentarse contacto con insectos, pulgas, chinches, piojos y animales domésticos, los cuales al ser separados del enfermo, dejan de actuar en él con la mejoría correspondiente, cosa que no ocurre en la Escabiosis.

La Pediculosis, otra enfermedad que merece ser recordada en el diagnóstico diferencial, su presencia puede ser dilucidada al encontrar el parásito en la ropa, piel o cuero cabelludo del enfermo.

La Dermatitis Herpetiforme es muchas veces tratada como una Escabiosis pero, la dermatitis produce un grupo de vesículas cuyos sitios favoritos son: el cuero cabelludo, los hombros, caderas y codos, pero usualmente, respetando las manos, además de no presentar los característicos surcos, sino vesículas y pápulas que dejan una mácula hiperpigmentada residual.

Al respecto del prurito hay que recordar que este síntoma puede presentarse en enfermedades tales como la Cirrosis, reacciones alérgicas, uso de medicamentos tales como píldoras anti-conceptivas, pomadas o ungüentos y aún durante

un embarazo. De aquí nace la importancia de insistir en el enfermo para que nos brinde las características más exactas de este síntoma para poder establecer una diferenciación que nos oriente al diagnóstico. En la escabiosis es característico que el prurito se intensifique cuando el paciente se mete a la cama y permanezca más o menos soportable durante el día, lo que va de acuerdo con el comportamiento de los ácaros.

De aquí que no todo lo que pica es Escabiosis y que un examen minucioso del tipo de lesión, su distribución topográfica, el hallazgo del parásito, y sobre todo, la historia y el análisis del ambiente del paciente constituyen la base para un buen diagnóstico diferencial.

COMPLICACIONES.

La complicación más frecuente observada en los casos de Escabiosis es sin lugar a dudas la infección, sobreagregada y generalmente de carácter piógeno, consecutiva a diversos factores como lo son: el rascado provocado por el prurito que llega a lacerar la piel, el medio ambiente insalubre en el que generalmente se desenvuelve esta enfermedad y la falta de aseo personal. Los gérmenes que comunmente producen infección son: el estafilococo y el estreptococo de donde se han visto severos cuadros de impétigo y otras piodermis, causando como toda infección de piel, una posible complicación, por ejemplo, linfangitis o linfadenitis, y glomerulonefritis. La infección secundaria a la vez de ser un problema per sé hace más difícil el diagnóstico de la ectoparasitosis y conlleva a tratamientos errados.

Consecutivamente a lo que se hacía referencia en el párrafo anterior al respecto de los tratamientos errados, se desliga de ahí otra complicación como lo es la dermatitis de contacto, que puede desarrollarse debido al uso o abuso de distintas drogas ya fueran sistémicas o locales.

Vemos pues, como una ectoparasitosis cuyo control es relativamente fácil cuando se efectúa éste en forma adecuada puede llegar a causar un verdadero daño en la salud del individuo, cosa totalmente prevenible con una orientación adecuada para el enfermo.

Finalmente, otra complicación, pero ésta de origen psíquico, también es digna de mencionarse y esto es la "fobia" que puede quedar a un paciente después de un ataque de Escabiosis, la cual llega a simular nuevamente todo el cortejo sintomático de una reinfección. Esto ha de tomarse muy en cuenta, sobre todo en pacientes de un fondo o estructura psíquica inestable.

ANATOMIA PATOLOGICA

En la piel afectada por el *Sarcoptes Scabiei* histológicamente se encuentran los surcos o túneles casi exclusivamente en el estrato córneo, muy raramente se puede encontrar al ácaro, sus huevos o heces. Una vez se ha producido la sensibilización existe una ligera reacción inflamatoria con edema intracelular y formación de vesículas en el estrato espinocelular. Existe, además, una dilatación vascular, infiltrado perivascular inflamatorio inespecífico constituido principalmente por linfocitos y edema de la porción superior de la dermis en las regiones enfermas. Todo este cuadro puede variar al coexistir una infección o lesiones severas producidas por el rascado.

TRATAMIENTO

Al respecto de esto, hemos de hacer también un poco de historia, ya que con los nuevos conocimientos, tanto de la enfermedad como de la farmacología, éstos han tenido con el tiempo algunas variantes. Basicamente, en un principio todos los medicamentos usados para el tratamiento de la Escabiosis giraban alrededor del Azufre, así tenemos que fué muy usada con este fin la pomada de Helmerich, compuesta de azufre sublimado, carbonato de potasa, agua destilada, aceite de adormidera y manteca benzoada. Otro medicamento usado lo fué la pomada Pusy, a base también de azufre, bálsamo del Perú, jabón y vaselina. Pero la farmacología siguió perfeccionándose llegando a substituir al azufre y los otros escabicidas por medicamentos más eficaces, menos irritantes para la piel, de uso más rápido y de preparación más fácil.

Uno de los medicamentos más populares hasta la actualidad es el Benzoato de Bencilo (principio activo del bálsamo del Perú), el que combinado con DDT, benzocáfna y agua fué de uso popular durante la segunda guerra mundial con la propiedad incluso de atacar a la Pediculosis; el benzoato de bencilo ha probado ser el medicamento más efectivo actualmente y es por decirlo así de uso oficial en nuestros hospitales, bajo el nombre comercial de "Benzan", el que viene con una concentración al 25% y asociado a Trietanolamina y ácido oleico.

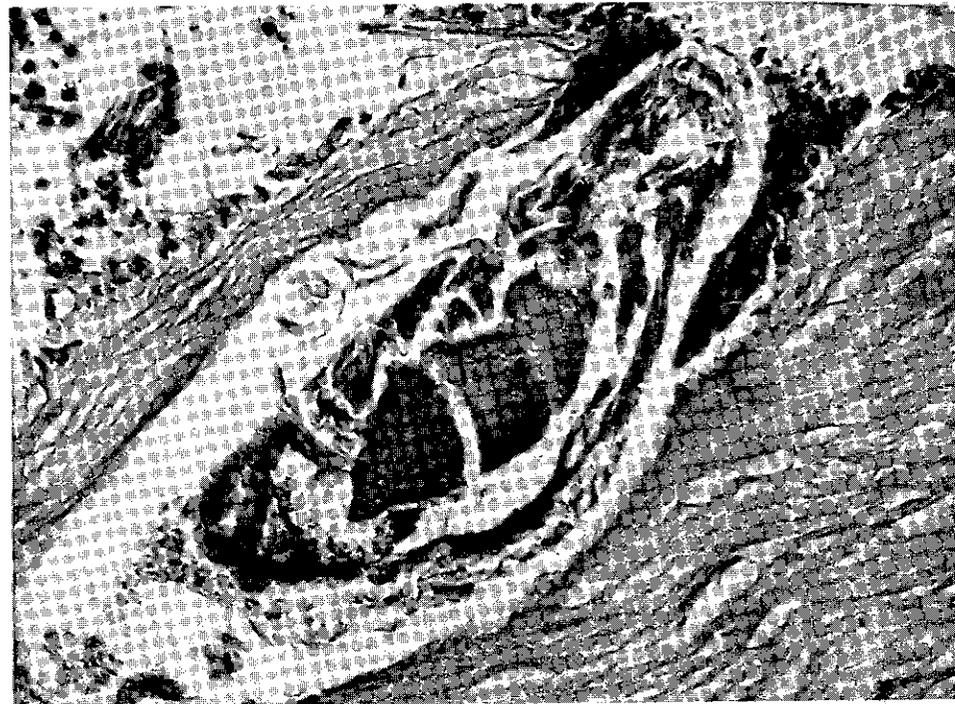


FIGURA No. 2.-

Otros escabicidas a los que también se les ha comprobado una buena efectividad son el hexacloruro de benceno al 5% conocido con el nombre de Unguento Kwell, el hexaclorociclexano o gamezano (Escabian), el N-etil-o-croton Toluidina (Eurax), el Tetmosol o jabón medicado a base de monosulfuro de tetraetilurán al 5%.

Hasta aquí hemos hablado de los medicamentos, ahora bien, al hablar de las instrucciones para el paciente, todos los artículos coinciden al exigir de éste la mejor higiene posible, así como los baños de inmersión calientes antes de la aplicación de los medicamentos, con el fin de favorecer su efectividad. El cepillado con jabón de todas las partes afectadas es también recomendable.

Respecto al baño, un punto interesante que pudimos observar fue la existencia de algunas divergencias en algunos grupos de médicos que atienden las consultas externas, ya que mientras unos recomiendan el baño al día siguiente de la aplicación del medicamento, otros no entran en detalles, conformándose con dar la receta del preparado elegido indicando solamente su aplicación.

Otro punto importante es la forma en la cual deben los afectados aplicarse el medicamento y es que entrevistando a algunos pacientes, éstos indicaron se aplicaban --como es lógico suponer-- solo en las lesiones visibles y no en todo el cuerpo. Recordando el ciclo de vida del *Sarcoptes Scabiei*, concluimos que esto no es ni correcto ni efectivo, ya que da la oportunidad para que una parte de la población de ácaros sobreviva, con la consecuente falla del tra-

tamiento.

Un comentario final muy importante sobre el tratamiento es la investigación de contactos, ya sea dentro de la misma familia o fuera de ella, en vista de que son raros los casos aislados sin que la infección se propague a los demás miembros. Esto es de importancia básica para lograr romper la cadena de infecciones.

Lo anterior involucra únicamente a casos no complicados ya que éstos deben ser abordados según las condiciones individuales. Como lo más frecuente en las complicaciones es la infección secundaria, ésta debe ser combatida adecuadamente, necesiéndose en algunas oportunidades no solamente el tratamiento local sino el sistémico; el primero utilizando soluciones antisépticas que bien pueden ser mezcladas con el agua de los baños de inmersión recomendados o antibióticos de acción local, como la neomicina, bacitracina o tirocina, cuando el caso lo permita; y el segundo haciendo uso del antibiótico de elección de acuerdo al germen infectante, el que idealmente debe ser cultivado a partir de las lesiones. La dermatitis de contacto debe ser tratado como tal, así como la Acarofobia.

ASPECTO EPIDEMIOLOGICO

Muchas enfermedades infecciosas que aterraron a la humanidad durante milenios y que en muchos aspectos siguieron siendo misteriosas para los médicos hasta muy entrada la época moderna, perdieron buena parte de su pavorosa fama al conocerse los gérmenes que las producen, contar con medicamentos para combatirlos y especialmente métodos para controlarlas, naciendo de aquí la tremenda importancia que la Epidemiología y la medicina preventiva guardan en la actualidad.

La Escabiosis es una enfermedad transmisible que puede tener un carácter endémico sobre todo en países en vías de desarrollo y cuando las condiciones ambientales le son favorables. Así también, se presenta en brotes epidémicos que se deben al hecho de haberse establecido o haber nacido grupos de individuos que en contacto con las fuentes de infección contraen la enfermedad en gran número.

En las distintas referencias consultadas se habla ya de epidemias de Escabiosis sobre todo en Londres, en los inicios de los años cuarenta, considerando a las condiciones de la guerra como factor causal, el que acarrea insalubridad, promiscuidad y en fin condiciones ideales para la diseminación de las enfermedades.

En un artículo más reciente, Alan B. Shrank expone las incidencias de Escabiosis en el Hospital de la Piel (San Juan) en Londres, de 1952 hasta 1966;

dejándose ver que en 1956 y 1966 han sido los de mayor incidencia, surgiendo los valores una verdadera epidemia.

Ha llamado la atención de varios investigadores el hecho de que las distintas epidemias guardan entre sí un lapso aproximado, 14 a 16 años, y lo han explicado así: Todos coinciden en que la edad de mayor incidencia está entre los 14 a los 19 años y recordando la teoría de la sensibilización que Mellamby sugirió, en la cual un primer ataque de Escabiosis es poco importante, pudiendo pasar incluso, desapercibido para el huésped; por lo que se ha creído que debe de transcurrir cierto tiempo para que los nuevos miembros de una población se sensibilicen y este tiempo parece ser de unos 14 años; de ahí que han de pasar estos años antes de cada brote epidémico.

Aquí en Guatemala no existe ningún tipo de estadística al respecto y viene al caso mencionar varios errores, como que el diagnóstico de Escabiosis no se asienta adecuadamente en los diagnósticos de egreso de un paciente dándosele importancia a otros. A su vez, la gran mayoría de estos pacientes son vistos por médicos de la emergencia o los que clasifican a las personas en la Consulta Externa, extendiéndoles su respectiva receta y en algunos casos anotando su nombre en hojas que no tienen ninguna significación estadística. Es por esto que no es posible tener cifras de nuestra incidencia global y más adelante sugeriremos algunas medidas a tomar en esto.

Por medio de entrevistas personales con algunos médicos que laboran en nuestros hospitales se puede concluir y esto afirmado por algunos dermatólogos, que la escabiosis se ha incrementado mucho en los últimos tres años, haciéndose más frecuente su vista tanto en hospitales como en los pacientes privados. Una posible explicación a esto es la explosión demográfica que ha sufrido la capital con la migración de habitantes departamentales hacia ella, aumentando la promiscuidad y disminuyendo las condiciones adecuadas de salubridad, problema de muchas facetas que llevaría mucho tiempo el abordarlo y nos desviaría de nuestro propósito inicial.

ASPECTO ESTADISTICO.

Habiendo procedido a revisar cada una de las 10, 254 consultas efectuadas a la sección de Dermatología del Hospital Roosevelt, en un período de seis años, a partir de 1963; llama fuertemente la atención el incremento progresivo que la Escabiosis ha venido teniendo año con año, lo que confirma la tesis de que esta enfermedad se está presentando en nuestro medio, cada día con más frecuencia, coincidiendo con reportes internacionales que también insisten en un aumento global de esta ectoparasitosis; de allí el propósito nuestro de hacer conciencia sobre la importancia de su control adecuado, ya que como veremos más adelante, dentro de nueve años (1980) una de cada cinco personas padecerán de Escabiosis de acuerdo a los cálculos y curvas estadísticas.

<u>AÑO</u>	<u>NO CONSULTAS</u>	<u>ESCABIOSIS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
1963	728	0	0%
1964	1797	4	0.2%
1965	1545	15	0.9%
1966	1476	20	1.3%
1967	2210	37	1.6%
1968	2498	43	1.7%

Estos porcentajes nacionales coinciden con los internacionales reportados y así tenemos que en el Hospital San Juan, para enfermedades de la piel en Londres en donde en 1967 se efectuara un estudio sobre Escabiosis motivados por su creciente incidencia, ellos encontraron que de 1961 a 1965 el por-

centaje se elevó de 0,9 a 1,5%.

Con fines estadísticos se tomó el período de 1964 a 1968, ya que el año de 1963 fué dudoso el dato que se obtuvo, de ahí que en un período de 5 años se encontró lo siguiente:

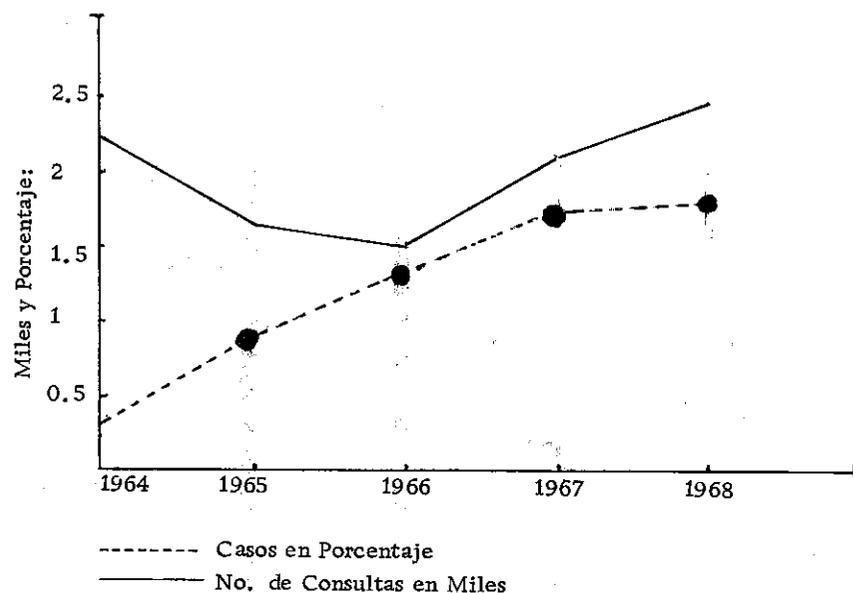
Incremento Promedio anual de Pacientes.....	10%
Incremento promedio anual en base a cinco años (1964-1968) en el % de Escabiosis.....	243%

Con base en los datos anteriores se ha calculado la proyección tanto en el número de pacientes, como el % de Escabiosis, deduciéndose que para 1980 tendremos:

Número aproximado de pacientes.....	5495
Número aproximado con Escabiosis.....	1316
PORCENTAJE DE ESCABIOSIS	25%

Como se puede apreciar, nuestro incremento es similar al observado en otros países; y dentro de 9 años será alarmante la incidencia de esta enfermedad en nuestro medio, enfermedad que puede y debe ser controlada más efectivamente desde ahora. De aquí la importancia que tiene la divulgación de su diagnóstico y correcto manejo si no se quiere confirmar la teoría de que cada 16 años tiende a presentarse una epidemia, la que en nuestro medio, podría repercutir seriamente en la salud de la comunidad con el consecuente impacto en la economía, por el número tan grande de pacientes que resultarían afectados de esta enfermedad.

GRAFICA No. 1.-



Esta Gráfica nos demuestra que aún oscilando el número de consultas en este período, la incidencia de la escabiosis va en aumento constante.

RECOMENDACIONES

Luego de haber observado el panorama que en nuestro medio presenta - la Escabiosis creemos necesario recomendar lo siguiente:

- a) Mantener presente la existencia de esta enfermedad, así como su creciente incidencia en nuestro medio, la que tiene ya proporciones epidémicas.
- b) hacer obligatoria la declaración a las autoridades de los servicios de salud, cualquier brote de esta ectoparasitosis con el fin de combatir-sele adecuadamente.
- c) Efectuar organización de programas coordinados de tratamiento colectivo.
- d) Insistir sobremanera en quien indique un tratamiento para que a su vez efectue investigación sobre focos de contagio, a fin de que estos también sean tratados simultáneamente, ya que sólo de esta manera se logrará romper la cadena de infección.
- e) Facilitar en lo posible el acceso a cantidades suficientes de agua a la población, recomendando a su vez elementales normas de higiene y aseo personal.
- f) Al prescribir un unguento o loción escabicida que en nuestro medio hemos visto es el Benzoato de Bencilo el que por efectivo, práctico

y económico sería el indicado, el enfermo deberá de recibir intrucciones para que se aplique el medicamento en todo el cuerpo, preferentemente por la noche y precedido de un baño caliente de inmersión; debiéndosele retirar al día siguiente con otro baño. El tratamiento como promedio debe durar cuatro días y repetirse posteriormente si es necesario.

g) Multiplicar los esfuerzos encaminados a descubrir casos, examinando a familiar enteras, unidades militares, escuelas, presidios e instituciones.

h) Desarrollar una mayor divulgación del conocimiento de esta enfermedad, de las medidas de profilaxia y de sus complicaciones, por medio de programas de salud, para que así lleguen a la mayoría de habitantes de todo el país en especial a aquellos cuya predisposición los hace más vulnerables.

i) Crear fuentes de trabajo adecuadas en los departamentos, a fin de evitar la migración de los habitantes y contrarrestar en esta forma el asinamiento, la promiscuidad e insalubridad a los que se ven sometidos estos inmigrantes, al venir a formar comunidades en lugares totalmente inadecuados para ello.

SUMARIO Y CONCLUSIONES.

1. - Se ha revisado un total de 10, 254 consultas efectuadas en un período de seis años, a partir de 1963 a 1968, a la Sección de Dermatología del Hospital - Roosevelt.
2. - Se ha revisado la literatura nacional y extranjera con el objeto de establecer diferencias y/o similitudes con el resultado de este estudio.
3. - Se logró demostrar el elevado y rápido incremento en la incidencia de la enfermedad estudiada, así como, elaborar proyecciones a corto plazo para establecer porcentajes futuros.
4. - A pesar de los muchos años que han transcurrido, en los cuales la humanidad ha solucionado innumerables problemas, la Escabiosis ha permanecido siempre presente y últimamente su frecuencia ha aumentado no sólo a nivel mundial como lo confirma la literatura revisada, ocurriendo esto especialmente en Francia, Portugal, la Unión Soviética, México, Centroamérica, la India y Vietnam.
5. - Se ha observado el acelerado incremento de esta ectoparasitosis, en nuestro medio hospitalario, por la migración a la capital de habitantes departamentales y formación de comunidades en lugares que no tienen los requisitos mínimos de salubridad, lo que de no combatirse adecuadamente en 1980 alcanzará porcentajes alarmantes.

6. - La Escabiosis tiene como característica coexistir por regla general con malos hábitos higiénicos; sin embargo, las personas que observan buena higiene puede también contraerla.
7. - Creemos necesario insistir a todas las personas relacionadas con problemas de salud la existencia de una epidemia de Escabiosis.
8. - La Escabiosis debe sospecharse en todo paciente que presente prurito persistente, que aumenta por la noche, particularmente si otros miembros de la familia también lo presenta.
9. - El diagnóstico exacto de esta ectoparasitosis se logra con la identificación del ácaro, el descubrimiento de surcos en la piel y su típica localización topográfica.
- 10- La investigación de contactos, focos de infección y su tratamiento deben ser simultáneos con el del paciente que nos consulte, si se quiere cortar la cadena de infección y prevenir la proliferación.
- 11) Debe formarse un criterio uniforme del tratamiento con bases clínicas y epidemiológicas debiendo ser divulgado adecuadamente entre las personas que resuelven problemas de salud si se desea contrarrestar el incremento de la Escabiosis.
- 12) El diagnóstico de "Escabiosis" debe ser acentado en la papeleta de todo enfermo que la padezca a fin de facilitar estudios posteriores.

- 13- El Benzoato de Bencilo o la aplicación de un unguento escabicida debe ser en todo el cuerpo no solo en las lesiones evidentes si se desea una respuesta favorable al tratamiento.
- 14- De no abordarse el problema del incremento de la Escabiosis, dentro de nueve años, aproximadamente, tendremos que afrontar las consecuencias de una epidemia muy grave.
- 15- Siendo la Escabiosis una enfermedad en la cual la profilaxia y el control está a nuestro alcance, sería lamentable no tomar las medidas adecuadas desde ya para prevenir los problemas, tanto de salud como económicos -- que traería al país una epidemia con sus riesgos y complicaciones.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Beck, A. L. Animal scabies affecting man, Arch Derm 91:5455 January, 1965.
2. - Bronwn, Harold W. Belding, David L. Parasitología clínica. Traducción español R. Folch y H. Arechiga 2a. ed. México. - ed. Interamericana S.A. 1965 pp 272-75.
3. - Brown, Harold W. Artropodos y enfermedade humanas IN: Cecil-Loeb, Tratado de medicina interna, 11a. ed. México, Ed. Interamericana, 1966, pp 430-31.
4. - Cordero, F. Dermatología a parásitos animales. En su : Manual de dermatología. Guatemala, unión tipográfica, 1961. pp. 46-48.
5. - Ende, R. N. Sarcoptic mange in the human, Arch. Derm. 84: 633---636, october, 1961.
6. - Friedman, R. The story of scabies: animal Scabies-its relationship to humans. Med. Rev of Reviews 42: 513-530, 1936.
7. - Heilesen, B. Studiers on acarus scabiei and scabies, Acta Dermatovener 26 (suppl 14): 1-350, 1946.
8. - Lyell, Allan. Diagnosis and treatment of scabies, Brit. Med. J., 2: 223-225, april 22, 1967.
9. - Mackie, T. Hunter, G. y Worth, C. Manual de medicina tropical. Traducción española por el Instituto de salubridad y enfermedades tropicales de México. México, la Prensa Médica Mexicana, 1946. pp. 481-85, 5-38-39.
- 10- Mellamby, K. Scabies, New York: Oxford University Press, 1943.
- 11- Mescon, Herbert. Enfermedades dermatológicas secundarias. IN: Robbins Stanley L. Tratado de Patología. Traducción de Folch, A. y Vela Treviño, H. 2a. ed. México, Ed. Interamericana S.A. 1963, pp. 1048-49.

- 12- New global epidemic of scabies reported. Dermatology News 3 (8): 1-8. October 1970.
- 13- Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre; informe oficial de la asociación americana de salud pública preparado por la comisión de -- control de enfermedades transmisibles. Washington, D.C. - Octubre de 1965 (publicación científica No 120).
- 14- Sulzberger, M. and Kamenstein, I. Avian itch mites as a cause of human dermatoses, Arch. Derm Syph 33: 60-72, January 1936.
- 15- Shrank, Alan B. and Alexander, Suzanne L. Scabies: another epidemic - ?, Brit Med. J. 1: 669-671, March 18 1967.
- 16- Smith, Naj Edgar and Claypoole, Terrence. Canine scabies in dogs and in humans. JAMA 199 (2): 95-100, January 9, 1967.
- 17- Tannenbaum, M. H. Canine scabies in man: A report of human mange, JAMA 193: 321-322, July 26, 1965.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. RICARDO AUGUSTO PADILLA ZAMORA

DR. EDUARDO TSCHEN
Asesor.

DR. FRANCISCO SARAVIA
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.