

JORGE BELLO

LA ESCABIOSIS RECLAMA MÁS Y MEJOR ATENCIÓN



Fig. 1. Lesiones de escabiosis con impétigo secundario.
Imagen procedente de Engelman et al.³

Resumen

La escabiosis representa un obstáculo para el desarrollo, tanto del individuo como de su comunidad (familia, grupo, villa, barrio, etnia). Las comunidades menos atendidas por la justicia social son las más vulnerables, en especial sus niños y jóvenes, embarazadas, madres que amamantan y bebés que maman. Como profesionales de la pediatría debemos velar, y actuar para que todos los niños puedan desarrollar todo su potencial en el seno de su comunidad. El estigma asociado a la escabiosis, la posibilidad de complicaciones a corto y largo plazo (impétigo, glomerulonefritis, luego enfermedad renal crónica; y probablemente fiebre reumática), y las dificultades para acceder al diagnóstico y al tratamiento son cargas pesadas que lastran el desarrollo de estas comunidades. La crema de permetrina al 5% y la ivermectiva oral (en niños de más de 15 quilos) son tratamientos efectivos, pero aún no siempre accesibles para todos.

Palabras clave: escabiosis, estigma, impétigo, permetrina, ivermectina.

Abstract

SCABIES CALLS FOR MORE AND BETTER ATTENTION

Scabies is an obstacle to the development of both the individual and their community (family, group, neighbourhood, ethnicity). The communities least served by social justice are the most vulnerable, especially their children and youth, pregnant women, breastfeeding mothers and breastfeeding babies. As paediatric professionals we must ensure, and act so that all children can develop their full potential within their community. The stigma associated with scabies, the possibility of short- and long-term complications (impetigo, glomerulonephritis, then chronic kidney disease; and probably rheumatic fever), and difficulties in accessing diagnosis and treatment burden the development of these communities. The 5% permethrin cream and the oral ivermectin (for children weighing over 15 kg) are effective treatments, but not yet fully accessible to everyone.

Key words: scabies, stigma, impetigo, permethrin, ivermectin.

Introducción

Fácil será entender que la salud es un determinante para el desarrollo del individuo y en consecuencia de la comunidad. También será fácil admitir que el estigma que se le suele asociar a ciertos enfermos –no a todos– que presentan ciertas enfermedades –no a todas– también es un obstáculo para el desarrollo, tanto de ese individuo como de la familia, el grupo, la villa, el barrio, la etnia, la comunidad al cual pertenezca. Ahora, aquí será interesante recordar que nuestra función principal en la comunidad es velar, y actuar para que cada niño pueda desarrollar todo su potencial en el seno de su comunidad. Es así como será feliz, y útil para sí mismo, para su familia presente y futura, y para el conjunto de la comunidad donde el capricho de la vida le hizo nacer.

En este contexto, la escabiosis reclama más y mejor atención puesto que, lejos de ser poca cosa, implica una amenaza para la salud individual y colectiva. El estigma, a su vez, por sí mismo, también compromete la salud individual y colectiva, porque tanto se estigmatiza al individuo como a su grupo social o étnico, al barrio, etc. Controlar la escabiosis individual y colectivamente implica entonces aumentar las posibilidades para que cada uno pueda desarrollar todo su potencial, y para que la comunidad tenga en consecuencia más opciones de salir adelante.

La escabiosis produce un prurito intenso y desagradable, y el rascado subsecuente resulta difícil o imposible de ocultar, cosa que compromete tanto la autoimagen como la imagen que de sí mismo transmite el individuo a los demás. Las lesiones de la escabiosis suelen ser características, y también lo son las del rascado y las de la piodermitis secundaria (fig. 1). Este cuadro de lesiones a la vista, y que pican, es sin duda elocuente, y contiene los elementos que argumentan el estigma que suele padecer el individuo con escabiosis. Éste resulta así señalado con el dedo acusador, y queda al margen. Ya se sabe que el estigma reduce la calidad de vida, hace daño, afecta a la salud mental, y es una dificultad añadida para el desarrollo escolar y social, luego laboral.

La escabiosis es un riesgo para la salud, sobre todo para los niños y los jóvenes de las comunidades menos atendidas por la justicia social. En especial lo es también para las embarazadas, y para las madres que amamantan y para el bebé que de ella mama. Buena parte de estas personas han nacido, viven y es probable que tengan que desarrollarse en estas comunidades poco atendidas, donde el desarrollo hoy se perfila difícil por diversos y bien conocidos motivos.

Mal llamada sarna, puesto que alguien podría equivocarse y relacionarla con perros, siendo que el hombre es el único reservorio conocido para la escabiosis. Así, decir sarna es llamar al estigma. Se debe decir escabiosis. Se cree que esta palabra procede del latín *scabo / scabi / scabere*, que significa rascar. Los antiguos latinos ya relacionaban esta palabra con la escabiosis. Es una enfermedad universal, compañera del hombre desde antiguo, endémica en muchos países y ocasional en otros.

Tampoco es correcto referirse a la escabiosis con el diminutivo sarnilla, que al pa-

rever intenta atenuar el impacto que produce la palabra sarna. Menos aún se debe decir salpullido o sarpullido inglés. También se debe abandonar la expresión sarna noruega¹ —*Norwegian scabies*, antes *Norway itch*— y se la debe reemplazar por escabiosis costrosa —*crusted scabies*. De esta forma de escabiosis cabe recordar que es grave, que no es frecuente, que afecta en general a embarazadas y a personas institucionalizadas o con afectación del sistema inmune,² que sus detalles fisiopatológicos no son todavía del todo conocidos, que es sumamente contagiosa (por la gran cantidad de parásitos), y que sin tratamiento presenta alta mortalidad, en general por septicemia.³ Aparte de ésta y de la forma clásica, otras formas de escabiosis son la nodular, la bullosa (vesicular) y la neonatal.²

Epidemiología y contagio

La escabiosis afecta a un individuo y rápidamente se extiende hacia los otros miembros de la comunidad, en especial cuando ésta es una comunidad cerrada (familias, escuelas, campamentos; centros de menores, de desplazados, etc.), o cuando sus miembros se ven obligados a convivir en condiciones inadecuadas de habitabilidad (centros, viviendas y barrios hiperpoblados; condiciones de hacinamiento). La enfermedad predomina así en entornos carenciados, desatendidos, donde la poca higiene personal tiene lógica relación con la poca higiene general, es decir, con la dificultad para acceder a las condiciones mínimas de agua potable, desagües, baño y ducha. Estos entornos también se caracterizan porque muchas personas pasan largo rato en poco espacio, y porque compartir la cama es algo habitual. También se caracterizan por un acceso difícil, más teórico que práctico, a un centro de salud donde un médico, una enfermera u otro agente sanitario puedan diagnosticar y tratar con rapidez al enfermo y a su entorno. Son éstas las razones por las que se relaciona escabiosis con pobreza y poca higiene, pese a que ni la una ni la otra le son la causa.

Aunque predomina en estos entornos desatendidos, la escabiosis también se presenta con frecuencia, en general en forma de brotes que suelen pasar discretos, en las otras familias, en colegios privados, colonias de vacaciones, grupos de universitarios. En cierto sentido es una enfermedad de transmisión sexual, pero así como no es la pobreza quien la causa, no es el sexo quien la transmite, sino el estrecho contacto entre las personas al cual la pobreza y el sexo obligan.

Grosso modo, la prevalencia de la escabiosis en Argentina se considera media (al igual que en Egipto, Nigeria y Kenia).^{3,4} La de Brasil, en cambio, es alta (igual que en Camerún). Argentina y Brasil^{5,6} viven hoy tiempos difíciles, en especial preocupantes para las comunidades carenciadas. Es aquí precisamente donde hay que poner el foco de atención puesto que ya se sabe que ciertos cambios políticos implican cambios sociales en consecuencia, y estos cambios pueden favorecer la aparición de epidemias, por ejemplo de escabiosis.⁷ La prevalencia de la escabiosis se considera muy alta en Panamá, Australia, Timor, las islas Fiyi y las islas Salomón (pero no en Indonesia, de prevalencia baja). Aquí y allá, las regiones más afectadas son las de clima cálido y húmedo (fig. 2), pero en Argentina, según se dice,⁸ la enfermedad es más frecuente en invierno. La prevalencia en menores de edad duplica a la prevalencia en adultos.^{3,4} Las embarazadas, y las madres y los bebés en

tiempo de lactancia son grupos etarios especialmente afectados y con gran potencial para transmitir la enfermedad.

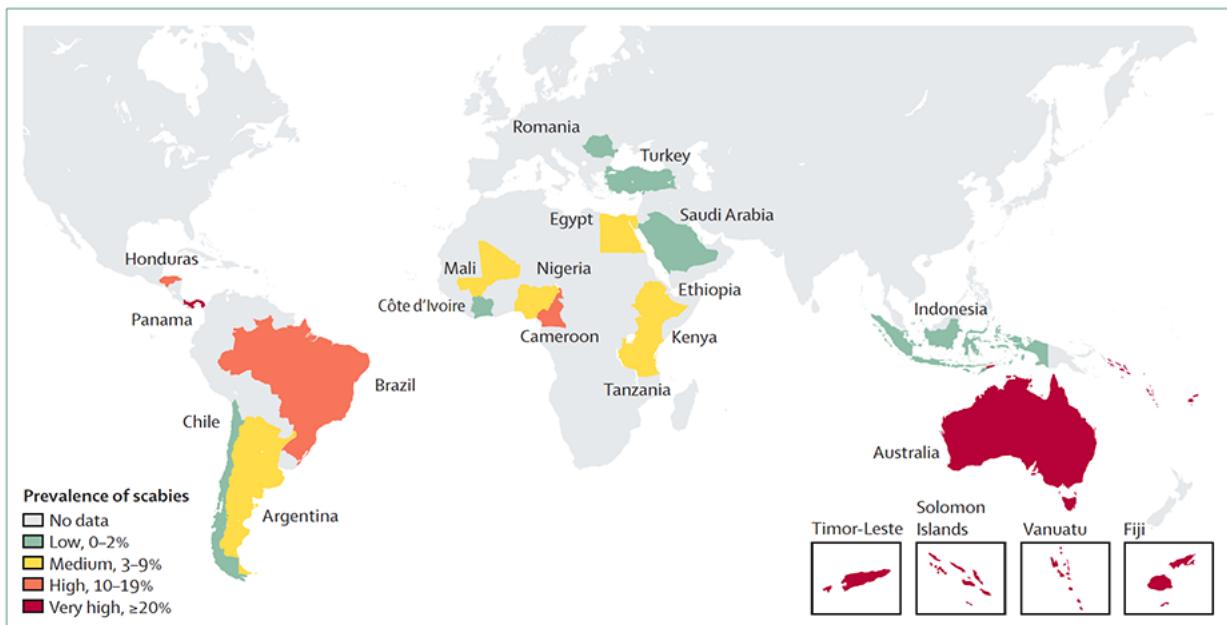


Fig. 2. Prevalencia de la escabiosis en el mundo. Imagen procedente de Engelman et al.³

Como ya se sabe, la escabiosis se transmite de persona a persona, piel a piel, lo que exige un contacto estrecho; este contacto debe ser relativamente prolongado: no parece probable el contagio por darse la mano o un abrazo,⁹ por compartir el asiento de un transporte público, la mesa de un comedor o el patio de la escuela. El agente etiológico, el ectoparásito *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* no vuela, ni salta de una persona a otra, pero sí que camina rápido. No es el responsable directo del intenso prurito, sino que lo es la reacción inmunomedida que desencadena en el huésped. En un primer episodio, esta reacción puede tardar entre 4 y 6 semanas. Durante este tiempo, el individuo es contagioso pero no lo sabe y, en ausencia del síntoma típico y por todo su entorno reconocible, se cree libre de la enfermedad, y resulta así doblemente contagioso. Este argumento fundamenta la recomendación de tratar a todos los contactos del paciente, aunque estén asintomáticos. En el caso de reinfección, cosa frecuente, el prurito tarda sólo de 1 a 4 días debido a que el paciente ya está sensibilizado. La enfermedad también se contagia por medio de la ropa, etc., pero esto parece menos probable.^{2,3}

Relevancia y negligencia

La escabiosis es una enfermedad relevante. La relevancia que tiene en la comunidad debe entenderse a la luz de dos argumentos: las complicaciones a corto y largo plazo, y la consideración que de ella hace la Organización Mundial de la Salud.

Complicaciones a corto y largo plazo

Sobre todo allá donde el acceso a la sanidad queda limitado por las posibilidades individuales y del entorno social, una complicación frecuente de la escabiosis es el impétigo, tanto por estreptococo piógeno como por estafilococo dorado (fig. 3).

Sin tratamiento, el impétigo se extiende con rapidez y puede provocar afectación extensa de tejidos blandos, incluso infección sistémica. Si es estreptocócico (y se dice que es el más frecuente)¹⁰ esta infección puede a su vez provocar glomerulonefritis y probablemente fiebre reumática, y ambas pueden evolucionar hacia la enfermedad renal crónica o la enfermedad cardíaca crónica.^{3,10-14} La secuencia de escabiosis, luego impétigo estreptocócico, luego glomerulonefritis, luego enfermedad renal crónica, presenta todavía algunas dudas, y éstas motivan la propuesta de más investigaciones, pero aun con dudas se la puede ver como una hipótesis razonable que obliga a pensar y actuar en consecuencia. Con respecto a la secuencia que lleva de la escabiosis hacia la fiebre reumática y luego a la enfermedad cardíaca crónica, las dudas son mayores que en la secuencia anterior, pero aquí también la hipótesis se presenta como suficiente razón para actuar. El estudio de los niños de Auckland, en Nueva Zelanda, resulta elocuente para relacionar la escabiosis con la fiebre reumática aguda y luego con la cardiopatía reumática crónica.¹³

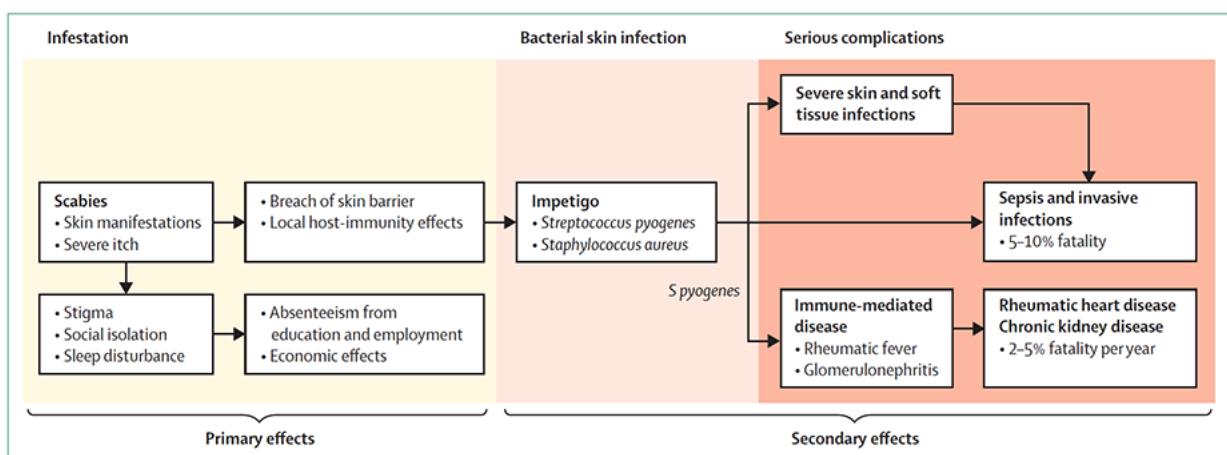


Fig. 3. Efectos primarios y secundarios de la escabiosis. Imagen procedente de Engelman et al.³

Es evidente que estas complicaciones representan una carga pesada, tanto a corto como a largo plazo, y tanto para el individuo como para su comunidad, si no reciben las atenciones que necesitan. Así, la comunidad vulnerable sigue siendo aquélla donde la dificultad para el acceso a los recursos sanitarios determina el estado de salud de sus integrantes. Les condiciona en consecuencia su capacidad para desarrollarse en el seno de la comunidad. De estos individuos se esperaría que en el futuro fueran coautores del cambio que necesita la comunidad, pero este cambio, con esta perspectiva, queda en entredicho. Estas comunidades son tanto las de países o regiones en vías de desarrollo como ciertas comunidades, igualmente vulnerables, que malviven junto a la riqueza en países de renta alta, no pocas veces desarrollados de manera desigual e injusta.¹⁵

Consideración como enfermedad negligida

Visto el potencial de la escabiosis como obstáculo para el desarrollo de ciertas comunidades, desde 2017 la Organización Mundial de la Salud la incluye en la lista de las *neglected tropical diseases*.^{16,17} Esta expresión en inglés se suele traducir al castellano como enfermedades tropicales olvidadas, pero me temo que esta tra-

ducción no capta el sentido del mensaje. *Neglected –not receiving enough care or attention*, según el Oxford Advanced Dictionary, 2019– no se debe traducir como olvidado, puesto que aquí no se trata simplemente de un olvido, sino que aquí hay culpa. Mejor sería traducir como negligido (de negligir, actuar con negligencia). O como descuidar, pasar por alto, abandonar, según el Diccionario de la Real Academia Española, 2018. O como desatendido, según Deepl.com.

La escabiosis es por tanto una de las enfermedades negligidas, descuidadas, abandonadas. Esto implica el imperativo de promover investigaciones destinadas al control de la enfermedad para así mejorar las expectativas de desarrollo. En este contexto cabe remarcar el trabajo que lleva a cabo la *International Alliance for the Control of Scabies*,¹⁸ que en 2018 presentó los *Consensus criteria for the diagnosis of scabies*.¹⁹ Aunque todavía no gozan de plena validación, son un buen instrumento para unificar criterios. En la lista de enfermedades negligidas también están la enfermedad de Chagas y la tripanosomiasis africana, el dengue, la leishmaniasis, la lepra, la rabia, las teniasis y el tracoma, entre otras.²⁰

Clínica

Hace tiempo que la escabiosis reclama más y mejor atención (panel 1)²¹ pero, aunque mucho tiempo ha pasado, poco parece haber cambiado el paisaje puesto que continua que la escabiosis es una enfermedad frecuente, que aquí ocasiona epidemias y allí se mantiene endémica, y que aún ofrece dificultades para el diagnóstico clínico. Si bien hay otros métodos,^{3,22} la clínica continua que es la forma habitual, razonable y suficientemente segura de diagnóstico, y está al alcance de todo agente sanitario.

In the days of our fathers, scabies was a disease of frequent occurrence and was the pest of the village school, but it gradually died out under more cleanly ways of living, until in our generation it has become so rare that many physicians do not recognize it even when called upon to treat it. The frequent mistakes in diagnosis which arise through this want of familiarity, the importance of the immediate recognition of its existence in a family, and its marked increase among us within a few years, lead me to ask the attention of the Society to some points connected by me in the clinic of Prof. Hebra.

Panel 1. Ya hace tiempo que la escabiosis reclama más y mejor atención. Lo demuestra la ponencia²¹ que hace más de siglo y medio, en 1864, presentaba el médico James White, de la reconocida clínica del profesor von Hebra, padre de la dermatología moderna, que ante la Boston Society for Medical Improvement comenzó así su presentación.

La clínica de la escabiosis es bien conocida, pero cabe remarcar que presenta diferencias importantes según la edad del paciente. Estas diferencias son relevantes puesto que determinan la extensión del tratamiento tópico.

En adultos, adolescentes y niños mayores, las lesiones típicas, pruriginosas, se suelen describir como ubicadas del cuello hacia abajo. Están sobre todo en los es-



Fig. 4. Clínica de la escabiosis en niños pequeños.
Procedencia de las imágenes: v. bibliografía.



Fig. 5. Nódulos postescabióticos.
Procedencia de la imagen: v. bibliografía.

pacios interdigitales, cara flexora de muñecas y codos, y axilas; abdomen, ombligo, cintura; genitales, nalgas y surco interglúteo, y cara interna de los muslos. En las mujeres, en el pecho, en el pezón y en el surco submamario; en los hombres, en el escroto y en el pene. Los pies y las manos suelen estar afectados, pero en general no lo están ni las palmas ni las plantas. Las lesiones pueden ser papulosas, y puede haber pequeñas vesículas y nódulos. Lesiones eccematosas y escoriaciones por rascado pueden dificultar la identificación de las lesiones típicas.

En los menores de dos años (fig. 4), en cambio, predominan las pequeñas vesículas, o pápulo-vesículas, sobre todo en la cara, la cabeza (cuero cabelludo) y el cuello, así como también en la cara anterior de las muñecas, y en la palma de las manos y en la planta de los pies. En esta última localización son frecuentes las vesículas pustulosas. En bebés, la escabiosis puede manifestarse como un eccema amplio en el tronco, o bien observarse pequeños nódulos rojizos, tirando al marrón. En menores de dos o tres meses, la enfermedad se manifiesta también como malestar, irritabilidad; se piensa que a esta edad el típico prurito podría no ser tal.⁹ En la piel infantil no cabe esperar que sean evidentes los característicos túneles de la escabiosis: éstos no son una condición *sine equa non* para el diagnóstico.²²

Síntoma inicial de la escabiosis puede ser un picor que el paciente manifiesta en el cuerpo en general, sin poder precisar más, ni se ven lesiones características; este síntoma debe entenderse considerando la edad del paciente. Este picor, sobre todo si afecta a más de una persona en un mismo grupo, debe hacer sospechar escabiosis.⁹

Los llamados nódulos postescabióticos⁹ (también, escabiosis nodular)²² no son una situación frecuente (fig. 5). Aunque son pruriginosos, no indican enfermedad activa sino más bien residual. En estos casos no es posible demostrar la presencia del parásito en la piel y, por tanto, en principio, no necesitan más tratamiento escabicida. Es un fenómeno reactivo, inmunomediado, que puede aparecer después de un tratamiento correcto. Bebés y niños pequeños presentan brotes esporádicos de pequeñas pústulas o pápulas, sobre todo en sentido acral, y en el tronco en menor grado. Niños mayores y adolescentes pueden presentar estos nódulos, de hasta 2 cm, en nalgas, genitales, ingles y axilas. Para estas lesiones se propone tratamiento tópico con corticoides.^{9,22,23}

Debe tenerse presente que el picor puede persistir hasta seis semanas después de un tratamiento correcto. Esto no indica reinfección, pero no la excluye en absoluto puesto que el paciente puede haberse reinfestado a partir de un contacto no tratado o tratado de manera inadecuada. La adherencia terapéutica es entonces un factor decisivo.

Tratamiento tópico y oral

El tratamiento tópico para la escabiosis clásica es la norma habitual, al menos para controlar la enfermedad individualmente o en grupos reducidos. De los varios tratamientos tópicos que demuestran eficacia, la crema de permetrina al 5%

es el más eficaz.²⁴ Una revisión Cochrane la propone como la mejor alternativa tópica,²⁵ y demuestra eficacia del 90% o más en diversos estudios.²² Pero no es un tratamiento barato ni está disponible en todos los países (lo mismo puede decirse de la ivermectina). Esta presentación de permetrina se considera segura, y está entonces indicada incluso para recién nacidos y niños pequeños, embarazadas y madres que estén dando de mamar.²⁶

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

Según el Protocolo para la prevención y el control de la escabiosis del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya,⁹ en niños de 2 meses a 2 años, y en pacientes inmunodeprimidos, la aplicación tópica debe incluir el cuero cabelludo, pero no la cara. En menores de 2 meses, la crema se debe mantener durante un poco menos de tiempo: de 6 a 8 horas. Las madres que dan de mamar deben evitar la permetrina en la zona del pezón durante los minutos en los cuales el bebé se alimenta.

Ciertos autores^{22,27} proponen la loción de malatió al 0,5% para aplicación en el cuero cabelludo y la cara puesto que, siendo una loción y no una crema, resulta más fácil de aplicar que la permetrina. Recomiendan dos aplicaciones separadas por 7 días. Consideran que es un medicamento seguro, que no es tóxico a la dosis que se ofrece en las preparaciones disponibles para el tratamiento de la escabiosis; entienden así que es una alternativa razonable a la crema de permetrina, en especial para el cuero cabelludo y otras zonas pilosas.²⁷ Tan eficaz como la permetrina, advierten sobre dos efectos secundarios: irritación cutánea, y conjuntivitis si se produce contacto con los ojos.

No será vano insistir en que el tratamiento escabicida debe ser aplicado tanto al paciente en cuestión como a todos sus contactos, tengan síntomas o no los tengan. La necesidad de extender el tratamiento tópico a personas asintomáticas obliga a temer poca adherencia terapéutica (es decir, que no todos cumplirán con el precepto), y la necesidad de aplicar la crema incluso en las zonas más íntimas obliga a temer una adherencia terapéutica parcial, es decir, que no todas las zonas susceptibles se verán cubiertas por el tratamiento. Estas dos cuestiones sobre la adherencia ayudan a entender por qué la escabiosis se hace a veces difícil de controlar cuando afecta a numerosas personas, y por qué las reinfecciones suelen ser frecuentes, y repetidas. En este contexto, una medicación oral, curativa con

"Primero se debe traer el diagnóstico del médico y luego se continúa con un tratamiento en la casa, con baño todos los días, lavar la ropa de cama y su propia ropa...", indicó la directora Departamental de Escuelas, "... usando lavanda y mantener bien aireado el establecimiento y redoblar las acciones de limpieza", recomendó. Y reconoció que "este contexto nacional que tenemos incide porque debes bañarte todos los días, o lavar la ropa todos los días, además de desinfectar toda la casa a diario; la verdad es que a muchas familias se les hace muy difícil poder comprar jabón, artículos de limpieza o poder acceder a estas necesidades básicas."

Panel 2. Es el extracto de una noticia publicada en un periódico³⁹ que hace referencia a un brote de escabiosis en una escuela primaria de una ciudad pequeña del interior argentino. Se ve cómo el dedo acusador actúa rápido, y crea así el estigma, y desvía los esfuerzos en sentido erróneo. La solución, en cambio, se perfila lenta y difícil porque depende aquí, una vez más, de la posibilidad de cada uno para acceder al diagnóstico y al tratamiento. Cabe pensar entonces en abandonar viejas ortodoxias y tener presente las estrategias para actuar con eficacia, rápido y en conjunto.

sólo una dosis o dos, se presenta lógicamente como una perspectiva interesante puesto que sería un tratamiento más práctico, más fácil de administrar y de controlar a gran escala, y con más posibilidades de obtener buena adherencia terapéutica. Se trata de la ivermectina, y, aún en estudio, la moxidectina.

Ya hace años que la ivermectina por vía oral ha demostrado ser un medicamento eficaz y seguro para el tratamiento de la escabiosis, sobre todo a gran escala.²⁸⁻³² Un estudio reciente³³ lo confirma y, dos años después, constata que se mantienen los buenos resultados.³⁴ La lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud de 2019 la incluye (en comprimidos de 3 mg) como escabicida por vía oral. También incluye la permetrina (en crema al 5%) y el benzoato de benzilo (en loción al 25%) como escabicidas tópicos.³⁵ Disponible en Argentina en comprimidos de 3 y 6 miligramos, la ivermectina para vía oral no está comercializada en España. Si lo está la crema de ivermectina, para el tratamiento de la rosácea, pero se piensa que este uso tópico de la ivermectina, y el uso también tópico de la ivermectina para el tratamiento de la pediculosis del cuero cabelludo, podrían favorecer el desarrollo de resistencia por parte de *Sarcoptes scabiei*, y ésto, lógicamente, dificultaría el control de la escabiosis.³

La ivermectina es escabicida con una dosis oral única de 0,2 mg/k. Pero se suele recomendar una segunda dosis pasados 7 a 14 días. Una revisión Cochrane no encuentra diferencias relevantes entre una dosis y dos, ni entre ivermectina oral y permetrina tópica.³⁶ No debería administrarse en niños que pesen menos de 15 quilos (o, según autores,³ midan menos de 90 cm o tengan menos de 5 años de edad), puesto que no hay suficientes estudios sobre seguridad en este grupo etario. Por otra parte, la moxidectina, un derivado de la ivermectina, es una alternativa en estudio que se perfila en especial interesante por su prometedor efecto prolongado, que duraría varias semanas; se ha previsto una formulación adecuada para niños.^{3,37}

Reflexión

El problema de la escabiosis es importante, tal vez más de lo que se dice,³⁸ y es bien posible que tenga aún más relevancia en los tiempos del inmediato futuro a causa de las dificultades con que éstos sin duda se presentan para un conjunto cada vez más numeroso de personas y comunidades. En efecto, son tiempos difíciles. En tiempos así se hace más profundo el espacio, el abismo que separa a las personas, a las comunidades entre sí, y esto trae consigo más desigualdad, y por tanto menos salud. Y entonces menos perspectivas de salir adelante. Debemos velar por los niños que tienen poco. En tiempos difíciles, la escabiosis se ensaña con los que tienen poco, y les quita un poco de lo poco que les queda. Deben por tanto evitarse las palabras, las actitudes y las ortodoxias que estigmatizan (panel 2)³⁹ puesto que ayudan poco, o no ayudan en absoluto.

En cambio, se deben considerar alternativas, nuevas formas para llegar a todos de manera rápida y efectiva, estrategias⁴⁰ que ofrezcan una solución para todos por igual, y a un mismo tiempo. Es necesario promover la divulgación del problema,⁴¹ puesto que saber es siempre la clave. Y considerar, preguntarse si realmente es adecuado, suficientemente efectivo, el actual modelo de atención sanitaria para las comunidades que más lo necesitan.

Bibliografía

1. Mantero N, Jaime L, Nijamin T, Laffarge J et al. Sarna noruega en un paciente pediátrico con síndrome de Down. A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr.* 2013;111:e141-3.
2. Morgan-Glenn P. Scabies. *Pediatr Rev.* 2001;22:322-3.
3. Engelman D, Cantey P, Marks M, Salomon A et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet.* 2019;394:81-92.
4. Romani L, Steer A, Whitfeld M, Kaldor J. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:960-7.
5. Castro M, Massuda A, Almeida G, Aquino Menezes-Filho N et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019;394:345-56.
6. Editorial. Bolsonaro ameaça a sobrevivência da população indígena no Brasil. *Lancet.* 2019;394:e5.
7. Enbiale W, Ayalew A. Investigation of a scabies outbreak in drought-affected areas in Ethiopia. *Trop Med Infect Dis.* 2018;3:e114.
8. Redacción. Hay más casos de sarna humana en hospitales y consultorios. *El Litoral* (Santa Fe):13/06/2006. <https://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2006/06/13/metropolitanas/AREA-08.html>
9. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública. Protocol de prevenció i control de l'escabiosi. Barcelona: Departament de Salut, Agència de Salut Pública; 2019.
10. Chung S, Wang K, Huang C, Lin H et al. Scabies increased the risk of chronic kidney disease: a 5-year follow-up study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:286-92.
11. Parks T, Smeesters P, Steer A. Streptococcal skin infection and rheumatic heart disease. *Curr Opin Infect Dis.* 2012;25:145-53.
12. Svartman M, Finklea J, Earle D, Potter E et al. Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad. *Lancet.* 1972;1:249-51.
13. Thornley S, Marshall R, Jarrett P, Sundborn G et al. Scabies is strongly associated with acute rheumatic fever in a cohort study of Auckland children. *J Paediatr Child He-*

- alth. 2018;54:625-32.
14. Watkins D, Johnson C, Colquhoun S, Karthikeyan G et al. Global, regional, and national burden of rheumatic heart disease, 1990-2015. *N Engl J Med.* 2017;377:713-22.
 15. Fuller L. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26:123-6.
 16. World Health Organization. Scabies. https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/
 17. Engelman D, Kiang K, Chosidow O, McCarthy J et al. Toward the global control of human scabies: introducing the International Alliance for the Control of Scabies. *Negl Trop Dis.* 2013;7:e2167.
 18. International Alliance for the Control of Scabies (IACS). <http://www.controlsca-bies.org>
 19. Engelman D, Fuller L, Steer A (International Alliance for the Control of Scabies Delphi panel). Consensus criteria for the diagnosis of scabies: A Delphi study of international experts. *Negl Trop Dis.* 2018;12:e6549.
 20. World Health Organization. Neglected tropical diseases. http://www.who.int/ne-glected_diseases/diseases/en/
 21. White J. Scabies. *Boston Med Surg J.* 1864;71:429 (N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJM186412290712201).
 22. Golant A, Levitt J. Scabies: a review of diagnosis and management based on mite biology. *Pediatr Rev.* 2012;33:e1-e12.
 23. American Academy of Pediatrics. Scabies. In Kimberlin D, Brady M, Jackson M, Long S, eds. Red Book: 2015. Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:700-4.
 24. Johnstone P, Strong M. Scabies. *BMJ Clin Evid* 2014;2014:1707.
 25. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;3:CD000320.
 26. Chouela E, Abeldaño A, Pellerano G, Hernández M. Diagnosis and treatment of sca-bies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:9-18.
 27. Idriss S, Levitt J. Malathion for head lice and scabies: treatment and safety consider-ations. *J Drugs Dermatol.* 2009;8:715-20.
 28. Conti Díaz I, Amaro J. Treatment of human scabies with oral ivermectin. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 1999;41:259-61.
 29. Usha V, Gopalakrishnan Nair T. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:236-40.
 30. Dourmishev A, Serafimova D, Dourmishev L. Efficacy and tolerance of oral ivermec-tin in scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1998;11:247-51.
 31. Elmogy M, Fayed H, Marzok H, Rashad A. Oral ivermectin in the treatment of scabies. *Int J Dermatol.* 1999;38:926-8.
 32. Offidani A, Cellini A, Simonetti O, Fumelli C. Treatment of scabies with ivermectin. *Eur J Dermatol.* 1999;9:100-1.
 33. Romani L, Whitfeld M, Koroivueta J, Kama M et al. Mass drug administration for sca-bies control in a population with endemic disease. *N Engl J Med.* 2015;373:2305-14.
 34. Romani L, Whitfeld M, Koroivueta J, Kama M et al. Mass drug administration for sca-bies: 2 years of follow-up. *N Engl J Med.* 2019;381:186-7.
 35. World Health Organization. Model list of essential medicines, 21st list. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://www.who.int/medicines/publications/essentialme-dicines/en/>
 36. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4:CD012994.
 37. Medicines Development for Global Health. Development programs, 2018: NCT03905265. <https://www.medicinesdevelopment.com/developmentprograms.htm>
 38. Karimkhani C, Colombara D, Drucker A, Norton S et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect*

Dis. 2017;17:1247-54.

39. Redacción. Registran casos de sarna en alumnos de diez escuelas. El Litoral (Santa Fe): 14/08/2019. https://www.ellitoral.com/index.php?id_um/205240-registran-casos-de-sarna-en-alumnos-de-diez-escuelas-en-concordia-nacionales.html

40. Jun Thean L, Engelman D, Kaldor J, Steer A. Scabies. New opportunities for management and population control. Ped Infect Dis J. 2019;38:211-3.

41. Bello J. El picor que reclama más y mejor atención. El Litoral (Santa Fe): 18/10/19. https://www.ellitoral.com/index.php?id_um/211482-el-picor-que-reclama-mejor-atencion-infancia-y-salud-por-jorge-bello-opinion.html

* * *

©© Jorge Bello, Arenys de Mar y Barcelona, 2019 · 2020.