

Serie de pacientes con escabiosis tratados con azufre precipitado al 6%

Case series of patients with scabiosis treated with 6% precipitated sulphur

Aráoz F*, Bordieu T**, Carracedo L†, Chen J††, De Frenza F†††, Gariboto M†, Luna Pinto M††, Nápoli F†††, Payero M†, Quiroga P†, Rivadeneira P§§, Rossi M§§, Videla A§§§ y Zulich K§§§§.

Resumen

Objetivos: reportar los resultados de la estrategia que incluye "el tratamiento tópico con azufre precipitado al 6% sumado a medidas no farmacológicas" en la población con escabiosis de Villa verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

Métodos: serie de casos tratados entre marzo de 2007 y marzo de 2008 de una muestra de conveniencia integrada por toda la población con signos y síntomas sugestivos de escabiosis durante dicho período.

Resultados: fueron incluidos 161 pacientes, pero solo se pudo realizar la evaluación completa en 110 de ellos (68,3%). De estos, 74 se encontraba curado a los 15 días de iniciado el tratamiento y otros 23, al mes, lo que implica una tasa global de curación de 88%. Solo 12,7% de la muestra evaluada presentó efectos adversos. El 20% de los encuestados percibió la intervención como de costo bajo, el 32,6% de costo moderado y el 47,5%, alto. El autorreporte de adherencia al tratamiento farmacológico fue de 95% y del no farmacológico, 96%.

Conclusiones: estos resultados contribuyen a avalar una estrategia terapéutica ampliamente utilizada en nuestro medio (por su bajo precio y amplia disponibilidad), que por el momento posee escasa evidencia científica y es utilizada por motivos fundamentalmente empíricos.

Abstract

Objectives: To report the results of the strategy including "topical treatment with precipitated sulfur 6% in addition to nonpharmacologic measures" in the population with scabies of Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina. **Methods:** Case series treated between March 2007 and March 2008 recruited by a convenience sample composed of all people with signs and symptoms suggestive of scabies during that period.

Results: 161 patients were included, but it was able to perform a full evaluation in 110 of them (68.3%). Of those, 74 was cured after 15 days of starting treatment and 23, after a month, implying an overall cure rate of 88%. Only 12.7% of the evaluated sample had adverse effects. 20% of respondents perceived the intervention as low-cost, 32.6% as moderate cost and 47.5% as high cost.

Conclusions: Our results contribute to endorse a widely used therapeutic strategy in our area (for its low price and widespread availability), that still has little scientific evidence to be supported and is used mainly by empirical grounds.

Palabras Claves: sarna, azufre precipitado, serie de casos, tratamiento. **Key words:** scabies, precipitated sulphur, case series, therapy.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis (sarna humana) es una ectoparasitosis ocasionada por el ácaro humano *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* (Phylum Artropoda, Clase Arácnida, Orden Acarina), y

representa una de las infestaciones cutáneas más observadas en la consulta dermatológica de atención primaria. En contacto con la piel, la hembra exuda un fluido capaz de disolver la capa cornea, formando un hoyo donde coloca dos a tres huevos por día. El período de incubación dura entre dos y cuatro días, mientras que el tiempo des-

* Instructor de la Residencia de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina. residencia_mg@yahoo.com.ar

** Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

† Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

†† Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

††† Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡‡‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡‡‡‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

‡‡‡‡‡‡‡ Residente de Medicina General del Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

de que nace la larva hasta que llega a su forma adulta es de 10 a 14 días. Una hembra puede vivir fuera del huésped de 24 a 36 horas¹. (1)

La escabiosis se encuentra ampliamente distribuida en el globo terráqueo, estimándose que existen 300 millones de infestados. Se manifiesta en cualquier raza, grupo etario y nivel socio-económico, aunque las mayores tasas de infestación se dan en los niños y jóvenes y en los estratos socio-económicos más bajos, principalmente a través del contacto directo con individuos infestados y en menor grado por contacto con sus fomites o ropas.

El prurito con predominio nocturno es el síntoma cardinal de la infestación y es ocasionado por una reacción de hipersensibilidad retardada de tipo IV hacia los huevos, las excretas, las piezas bucales y la saliva del *S. scabiei*. Las lesiones son polimorfas y se caracterizan por pápulas, vesículas, pústulas y surcos o galerías. Sin embargo, rara vez se encuentra en la práctica clínica este cuadro en forma pura, sino que se agregan lesiones secundarias como excoriaciones por el rascado, costras y eczematización, que eventualmente puede conllevar a la aparición de infecciones secundarias y de otras patologías de la piel (infecciones por estafilococo como impétigo).

Típicamente se localizan en los surcos interdigitales, las muñecas, el abdomen, las superficies extensoras de codos y rodillas, las axilas, la cintura y los tobillos. En los varones, el pene y el escroto están generalmente involucrados, así como las mamas en las mujeres.

El diagnóstico se realiza principalmente con los datos anamnésticos y el examen físico, haciendo hincapié en la historia familiar y/o los contactos con síntomas similares. Una presentación clínica compatible con sarna y/o una presentación sospechosa, en un paciente con el antecedente epidemiológico de sarna, amerita la indicación de tratamiento específico sin que sea necesario contar con una confirmación parasitológica.

En la actualidad el tratamiento antisarcóptico disponible es muy amplio², siendo el tratamiento tópico el de mayor elección y uso³. Por ejemplo, en su consenso publicado en 2001, la Sociedad Argentina de Pediatría recomienda como tratamiento de elección en niños el uso tópico de permetrina al 5%. Sin embargo, la selección y la recomendación de las drogas depende de su efectividad, de su toxicidad, del grupo etario al que pertenezca el paciente, de la presencia de otras patologías asociadas, del desarrollo de resistencia del *S. scabiei*, de su disponibilidad y de los costos.

Para el tratamiento en niños se han utilizado varios escabicidas de aplicación tópica, incluyendo permetrina, lindano, benzoato de bencilo e ivermectina. No obstante, estos agentes tienen como inconvenientes su potencial toxicidad, su limitada disponibilidad en las farmacias de los países en desarrollo y su alto costo.

Respecto del azufre precipitado, existen pocas evidencias sobre su uso en el tratamiento de la escabiosis, destacándose el trabajo de Cazorla y col.⁴, una serie de casos que reportó una efectividad terapéutica del 100% con su uso tópico al 6%.

El mismo posee la ventaja de su bajo precio, su amplia disponibilidad en los mercados farmacéuticos de los países tercermundistas, así como su buena efectividad y aceptabilidad por parte de la población endémicamente afectada.

OBJETIVOS

Principal

Reportar los resultados de la estrategia que incluye “el tratamiento tópico con azufre precipitado al 6% sumado a medidas no farmacológicas” en la población con escabiosis de Villa verde, Pilar, Buenos Aires, Argentina; en términos de la tasa de curación al finalizar el tratamiento.

Secundarios

Reportar la prevalencia de prurito e hiperqueratosis en los pacientes con escabiosis de nuestra área programática; la tolerancia (incidencia y descripción de efectos adversos) y el autoreporte de adherencia al tratamiento farmacológico con azufre y a las medidas no farmacológicas recomendadas; y por último, estimar la percepción de cada familia respecto del costo del tratamiento en función del número de convivientes por cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: serie de casos.

Área de estudio: área programática del centro de salud Villa verde de Pilar durante entre marzo de 2007 y marzo de 2008.

Pacientes: muestra de conveniencia integrada por toda la población (pediátrica y/o adulta) con signos y síntomas sugestivos de escabiosis (incluyendo excoriaciones, prurito, ulceraciones, pápulas y eritemas).

Recolección de los datos de la anamnesis y el examen físico: previa autorización escrita y consentimiento de los padres y/o representantes en el caso de tratarse de pacientes pediátricos y siguiéndose las normas de bioética establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su versión adoptada en la II Asamblea General de Edimburgo del año 2000, se realizó la evaluación clínica de los pacientes, con especial énfasis en la búsqueda de signos asociados a acarosis sarcóptica: excoriaciones, prurito, ulceraciones, pápulas y eritemas.

La severidad de las lesiones cutáneas fue cuantificada siguiendo una escala que incluyó las categorías leve (menos de diez lesiones), moderada (11 a 49), y severa (más de 50 o lesiones hiperqueratósicas); consignándose además la presencia o ausencia de prurito, especialmente nocturno.

Fueron excluidos los pacientes que habían recibido tratamiento el mes anterior a su evaluación.

Debido a la imposibilidad técnica de realizar una prueba de ácaros, el diagnóstico de escabiosis se realizó sobre la base de los datos anamnésicos y del examen físico.

Descripción de la intervención terapéutica: se les entregó a los pacientes un folleto explicativo con las pautas farmacológicas y no farmacológicas; así como bolsas de residuos y los envases necesarios con azufre precipitado al 6%. Antes de la administración de la crema, se le explicó al paciente los inconvenientes del azufre, especialmente su olor desagradable y su posible efecto irritante. A todos los pacientes afectados y a su familia, se les indicó la aplicación tópica del azufre precipitado al 6% desde el cuello hasta los pies, inclusive debajo de las uñas. Se les indicó que lo dejaran actuar toda la noche y que lo retiraran con agua y jabón blanco al día siguiente. El tratamiento fue repetido dos veces más con un intervalo de cuatro días, indicándose difenhidramina para el prurito.

Entre las medidas no farmacológicas para prevenir las reinfestaciones sarcotópicas consignadas en el folleto, estuvieron incluidas las pautas de higiene de la piel, la

indicación de mantener las uñas bien cortas y limpias, así como la recomendación lavar con agua caliente las ropas de cama y aquellas que hubieran estado en contacto con la piel de los pacientes infestados. Se indicó que las colchas y las alfombras fueran colocadas en bolsas de residuo cerradas herméticamente durante 72 horas y la conveniencia de sacudir y exponer al sol los colchones.

Evaluación de los resultados: al cabo de 15 días (o al mes, en caso de persistir la infección) se realizó una evaluación clínica mediante la observación de la evolución y la cuantificación de las lesiones cutáneas asociadas a escabiosis. Se consideró curado al paciente que presentara exámenes clínicos negativos (ausencia de lesiones compatibles con escabiosis) al momento de las observaciones previamente consignadas.

Método de recolección de los datos: se confeccionó una ficha para cada paciente que incluyó información identificatoria, demográfica, datos generales de su grupo familiar, datos clínicos (prurito nocturno, número de lesiones, hiperqueratosis, respuesta al tratamiento a los 15 y 30 días, efectos adversos y su tipo, y cumplimiento o no del tratamiento farmacológico y no farmacológico), así como información sobre la tolerancia y la aceptabilidad al tratamiento y la percepción de su costo para la familia si ésta hubiera tenido que pagarlo de su bolsillo (bajo, mediano o alto) acorde a los precios vigentes en las farmacias del barrio de Centro de Salud y calculando el costo total de tratar a todos los convivientes.

Criterios de exclusión: haber recibido tratamiento para la escabiosis durante el mes anterior, presentar enfermedades dermatológicas con lesiones elementales y un cuadro clínico similar a la escabiosis, o presentar lesiones impetiginizadas al inicio de la evaluación.

Financiamiento: no se recibió financiamiento alguno para la realización del trabajo, pero la Municipalidad del Pilar, a través de la Dirección de Atención Primaria y el sector de farmacia del Hospital Municipal C. Sanguinetti otorgó los materiales y la capacitación para la producción del preparado del azufre precipitado al 6%.

El mismo actualmente se continúa realizando, está a cargo de la residencia de Medicina General y es la manera en que brindamos gratuitamente el tratamiento a nuestra población.

RESULTADOS

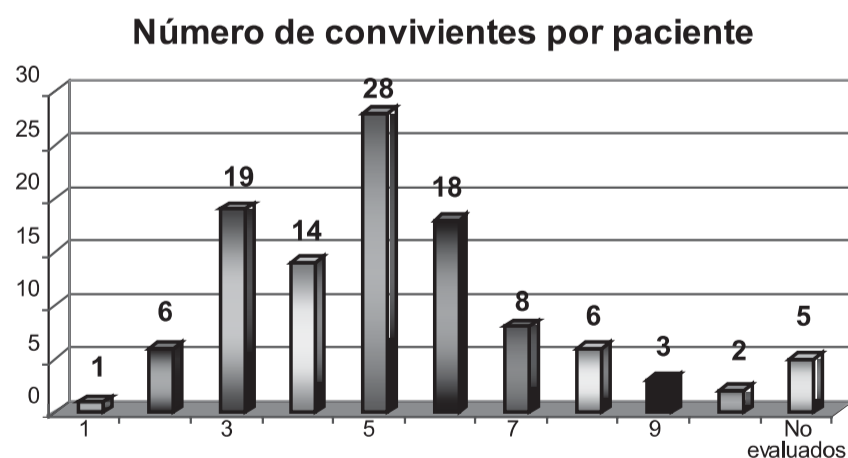
Fueron incluidos 161 pacientes, pero solo se pudo realizar la evaluación completa en 110 de ellos (68,3%). De los 51 que no fueron evaluados, 43 no concurren a la cita (17 a pesar de que pudieron ser ubicados, 15 porque estaban fuera del área programática y 11 de ellos, porque estaban mal o ausentes sus datos domiciliarios), cuatro habían abandonado el tratamiento, uno lo había reiniciado, otro lo continuaba, en uno de ellos el diagnóstico había sido erróneo y el último tuvo que ser excluido por diagnóstico de demencia.

Presentaron cuadros leves (menos de diez lesiones) 15 pacientes (13,6%), cuadros moderados (11 a 49 lesiones) 71 pacientes (64,6%), cuadros severos (más de 50 lesiones) 19 pacientes (17,3%) y no fue consignada la severidad en cinco de ellos (4,5%).

En 98 pacientes de los 110 (89%) se evaluó la presencia de prurito que fue documentada en 95 de ellos (97%); mientras que en 84 de los 110 pacientes (76%) fue evaluada la presencia hiperqueratosis (indicador indirecto de cronicidad de la infestación) y pudo evidenciarse en 10 de ellos (12%).

El 71% de los pacientes integraban grupos familiares de tres a seis personas, describiendo la figura 1 la distribución del número de convivientes por cada paciente índice.

Figura 1: distribución del número de convivientes con los pacientes índice.



De los 110 pacientes tratados con azufre precipitado al 6% más las medidas no farmacológicas, 74 se encontraban curados a los 15 días de iniciado el tratamiento y otros 23, al mes, lo que implica una tasa global de curación de 88% (97/110).

Solo 12,7% (14/110) de los pacientes presentó efectos adversos. Los más frecuentes fueron mal olor (28,5%), sequedad de la piel (35,7%) o ambos (28,5%).

Se le preguntó a algún referente mayor de edad de 80 de las 110 familias tratadas (72%) como habrían percibido el costo de tratamiento si cada familia lo hubiera tenido que pagar de su bolsillo para todos sus convivientes. De los 80 interrogados, 16 (20%) lo percibió como un costo bajo, 26 (32,6%) como moderado y 38 (47,5%) lo consideró alto.

Pudo evaluarse el cumplimiento de tratamiento farmacológico en 103 de los 110 pacientes (93,6%) y se reportó adherencia al mismo en 98 de ellos (95%). Respecto del cumplimiento del tratamiento no farmacológico, pudo evaluarse en 99 participantes (90%) reportándose adherencia al mismo en 95 de ellos (96%).

DISCUSIÓN

Las series de casos permiten organizar y volver a narrar (la primera narración fue volcada en la historia clínica durante el proceso de atención) la evolución de la enfermedad de un paciente o de un grupo de ellos, sobre la base de alguna característica que los vuelve semejantes^{5,6}, y que en la que aquí presentamos son el diagnóstico de sarna y el tratamiento instituido.

Este formato de reporte permite organizar y sintetizar la información sobre tiempo, lugar y personas para que pueda ser revisada e interpretada rápidamente. Su principal fortaleza es la velocidad con la que pueden realizarse y comunicarse⁷. Si embargo tienen la desventaja de ser estudios "no controlados", lo que puede conducir a conclusiones erróneas. Por ejemplo, la ausencia de grupo control no nos permite descartar que esta mejoría que hemos observado haya sido consecutiva a una evolución natural de la enfermedad.

Otra de nuestras limitaciones es haber podido evaluar los puntos finales en sólo el 68,3% de la población reclutada. Al no contar con los datos del 31,7% restante, lamentablemente no podemos saber cómo evolucionaron y por qué no concurren a la evaluación. Si tomamos como el peor escenario, que no lo hicieron porque quedaron desanimados por el fracaso de tratamiento o por la enorme incidencia de efectos adversos, nuestros resultados serían muy diferentes y mucho más desalentadores.

Sin embargo y más allá de las limitaciones descritas, nuestros resultados coinciden con los de Cazorla y col.⁴ que había evaluado los resultados en una serie de casos de 71 pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestra investigación contribuyen a avalar una estrategia terapéutica ampliamente utilizada en nuestro medio (por su bajo precio y amplia disponibilidad), que por el momento posee escasa evidencia científica y es utilizada por motivos fundamentalmente empíricos. Siguen siendo necesarias futuras investigaciones para profundizar su efectividad.

Recibido el 02/05/11 y aceptado el 28/07/11.

Referencias

- 1 Comité Nacional de Dermatología Pediátrica. Pediculosis y Escabiosis. Archivo argentino de Pediatría. 2001; 99 (1); 69-74.
- 2 Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review)/In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
- 3 Verna, M, Capelatto N, Barán P. Tratamiento de la escabiosis. Evid. actual. páct. ambul. 9(3) ;86-87. May-Jun. 2006. Disponible en URL: <http://www.foroaps.org/files/escabiosis%20guia.pdf> (último acceso 03/06/11).
- 4 Cazorla D, Ruiz Aixa C y Acosta M. Tratamiento tópico de la escabiosis con azufre precipitado en petrolato, en escolares de Coro, Estado Falcón, Venezuela. Parasitol. latinoam. [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Jun 03] ; 61(1-2): 74-81. Disponible em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122006000100011&lng=pt. doi: 10.4067/S0717-77122006000100011.
- 5 Terrasa S y col. El reporte de un caso y las series de casos. Evid. actual. pr.ct. ambul; 10(1): 19-22, ene-feb.2007.
- 6 Forteza Fernández R. Los reportes de caso en medicina y estomatología: morfofisiología del género. Acimed 2006; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_1_06/aci09106.htm Consultado el 16/09/06.
- 7 Greenhalgh G. Cómo leer un artículo científico. Guía básica de la medicina basada en las evidencias. Compilado por Roberto Lede y Pablo Copertari. 1ra edición. Buenos Aires. 2005, Volpe Fox.