

Escabiosis: la dermatoscopia puede ser la clave

Scabies: dermatoscopy could be the key

Elena Sola García¹, Gonzalo Blasco Morente²

¹Alumna de 6º de Grado en Medicina. Universidad de Granada.

²Unidad de Gestión Clínica, Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Estimado editor:

La escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei* que en su forma típica cursa con prurito generalizado de predominio nocturno. Las lesiones más específicas de la escabiosis son el surco acarino y el signo del ala delta⁽¹⁾, sin embargo, a menudo se encuentran excoriadas a causa del rascado, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con prurito.

Presentamos el caso de una mujer de 16 años derivada a consulta de dermatología por prurito generalizado y aparición de pápulas eritematosas en manos y pies que no desaparecen tras cinco meses en tratamiento con antihistamínicos orales y prednicarbato tópico. En la anamnesis refiere que el prurito es de predominio nocturno y apunta que tres de sus convivientes lo presentan. En la exploración física objetivamos la presencia de pápulas eritematosas, algunas de ellas excoriadas, localizadas fundamentalmente en palmas y regiones interdigitales de las manos (Figura 1A) y dorso de los pies (Figura 1B). A la dermatoscopia encontramos algunas lesiones lineales en forma de S itálica de 3-4 milímetros, compatibles con el surco acarino (Figura 1C).

El diagnóstico de la escabiosis se basa en gran medida en la historia y la exploración del paciente, así como en la historia familiar y de los contactos cercanos. Las manifestaciones clásicas incluyen prurito generalizado de mayor intensidad por la noche y la transmisión entre convivientes es frecuente.⁽²⁾

Además, la dermatoscopia constituye una herramienta válida para el diagnóstico de la escabiosis cuando el personal capacitado está disponible y, aunque a menudo se encuentra destruido por el rascado, el surco acarino constituye una lesión patognomónica de la escabiosis.⁽³⁾

La permetrina tópica al 5% es el tratamiento más efectivo para la forma típica de escabiosis⁽⁴⁾, recomendándose dos aplicaciones separadas por un intervalo de una semana y el tratamiento simultáneo de los contactos cercanos del paciente.⁽⁵⁾

Como conclusión, destacar la importancia de considerar la escabiosis en el diagnóstico diferencial de los cuadros

que cursan con prurito, ya que el retraso diagnóstico de los casos primarios y un tratamiento incorrecto favorece la propagación del *Sarcoptes scabiei* y el contagio, además de la repercusión psicosocial que tiene para el paciente un prurito de larga duración.

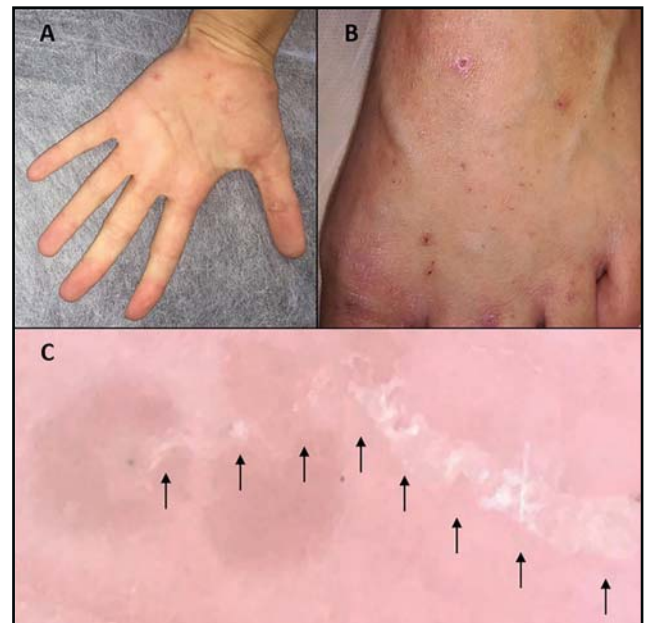


Figura 1. A: pápulas eritematosas localizadas en la palma de la mano izquierda; B: pápulas eritematosas y excoriadas en el dorso del pie izquierdo; C: surco acarino visualizado con dermatoscopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argenziano G, Fabbrocini G, Delfino M. Epiluminiscence microscopy. A new approach to in vivo detection of *Sarcoptes scabiei*. Archives of Dermatology. 1997; 133(6): 751-3.

2. Chosidow O. Scabies. *The New England Journal of Medicine*. 2006; 354:1718-72.
3. Walter B, Heukelbach J, Fengler G, Worth C, Hengge U, Feldmeier H. Comparison of Dermoscopy, Skin Scraping, and the Adhesive Tape Test for the Diagnosis of Scabies in a Resource-Poor Setting. *Archives of Dermatology*. 2011; 147(4): 468–473.
4. Campbell J, Paulson C, Nashelsky J. What is the most effective treatment for scabies? *The Journal of Family Practice*. 2017; 66(8): E11-E12.
5. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017; 31(8): 1248-53.