

Las dermatosis de guerra. - La Sarna

por el Prof. J. S. COVISA

de la Facultad de Medicina de Madrid

Existe un considerable número de enfermedades parasitarias, que se presentan frecuentemente con motivo de las grandes aglomeraciones humanas. No son propiamente dermatosis de guerra, puesto que se padecen con harta frecuencia en tiempo de paz, pero se exacerban y multiplican por las condiciones de vida que inevitablemente acompañan a los trastornos sociales y económicos producidos por la guerra.

De estos trastornos, los más importantes son el hacinamiento, la suciedad y la penuria alimenticia. Por esta razón, las enfermedades parasitarias como la sarna y las pediculosis, se exacerban de un modo extraordinario, no sólo en los frentes entre los luchadores, sino también en la retaguardia, ya que la población civil con motivo de la evacuación de las ciudades atacadas, sufre en amplia medida los tres factores etiológicos indicados.

La guerra actual, como la Gran Guerra Europea, ha incrementado considerablemente los casos de pediculosis y de sarna. En la Gran Guerra las trincheras fueron foco de parásitos, y bien sabido es que tienen una enorme importancia clínica y social, no sólo por las molestias que originan y las complicaciones que producen, sino también porque dichos parásitos son vectores de gérmenes de algunas enfermedades infecciosas, como el tifus exantemático, que constituye una amenaza constante y un motivo permanente de preocupación de las autoridades sanitarias en tiempos de guerra.

La sarna es de todas las enfermedades parasitarias la que posee un mayor poder de contagiosidad; explica esto el enorme número de pacientes que observamos y justifica que recordemos, siquiera sea ligeramente, su conocimiento y su terapéutica. Un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto de la sarna, permite la curación en tres o cuatro días, sin abandonar por completo los deberes militares, si a ello obligan las necesidades de la guerra.

Un diagnóstico tardío y una terapéutica mal llevada, prolongan el curso de la enfermedad, permiten la aparición de complicaciones, favorecen la propagación y obligan, a veces, a largas estancias hospitalarias.

Se describe con el nombre de sarna, una serie de lesiones cutáneas determinadas por la implantación en el epidermis, de la hembra del *Sarcoptes Scabiei*.

Constituye la sarna, el más típico ejemplo del modo como han evolucionado las doctrinas médicas, respecto al conocimiento de las dermatosis. Conocido el parásito que la produce desde la más remota antigüedad, los primeros datos auténticos se refieren al siglo XII; más tarde fué descrito con toda claridad por Bonomo en 1687 y Wichemann en 1786. Sin embargo, los dermatólogos, empujados por la tradición y aferrados a la doctrina humoral de las dermatosis, consideraban la sarna como una enfermedad diatésica.

En torno a este concepto se originaron vivas polémicas, interesantes desde el punto de vista histórico, en la clínica de *Alibert*. Fué precisa la demostración del parásito realizada ante los alumnos por *Renucci*, estudiante corso, que había aprendido a extraerlo de las mujeres pobres de su país, para que se admitiese sin discusión la etiología parasitaria de la sarna. Todavía en la actualidad, algunos autores, sin negar la existencia del parásito, estiman que la sarna afecta principalmente a determinados individuos, sujetos a una alimentación deficiente.

Confirman estos hechos, el papel importante de las alteraciones orgánicas generales en la determinación de las dermatosis, aun de aquellas que, como la sarna, son de etiología claramente parasitaria. La historia de la sarna resume, por tanto, la evolución de los conocimientos dermatológicos.

Las lesiones de la sarna son producidas únicamente por el parásito hembra, que reproduce la enfermedad y origina las lesiones típicas. Tiene la forma de una pequeña tortuga, de un tercio de milímetro de largo por un cuarto de milímetro de ancho y posee cuatro pares de patas, dos anteriores terminadas por ventosas y dos posteriores que se terminan por expansiones filamentosas, largas. Se aprecia difícilmente a simple vista, pero se caracteriza bien con la lupa. Apoyado en sus patas anteriores, perfora con su extremidad cefálica la capa córnea y labra un surco debajo de ella, en el que se aloja. Es esencialmente noctámbula; su vitalidad (movimientos, secreciones, etc.), se manifiesta exclusivamente por la noche, en los casos ordinarios.

Se trasmite la sarna directamente por contacto con una persona enferma; la convivencia nocturna constituye el motivo más frecuente de contagio; la propagación es, muchas veces, de origen venéreo: la actividad nocturna del

parásito facilita su adquisición por este medio. Son frecuentísimas las epidemias familiares y constante el contagio entre cónyuges. Las grandes aglomeraciones en cuarteles, la vida en las trincheras, la aglomeración y el hacinamiento de la retaguardia, son motivo de fáciles y numerosos contagios.

Los síntomas de la sarna pueden dividirse en dos grandes grupos; síntomas propios y síntomas secundarios.

Las lesiones propias de la sarna están representadas por el llamado *surco acariano*, que es el túnel que labra el sarcoptes hembra debajo de la capa córnea de la piel. El surco es el síntoma patognomónico de la enfermedad y en realidad, la única manifestación objetiva de la misma.

Desde este punto de vista, la sarna es, primitivamente, una enfermedad monomorfa.

Aparece el surco en la superficie cutánea como una línea sinuosa, de dos o tres milímetros de longitud, que a veces, excepcionalmente, puede llegar a un centímetro y que termina por una pequeña eminencia constituida por el relieve que hace el parásito (*eminencia acarina*). El *acarus* camina siempre en una dirección; no puede retroceder porque se lo impide la conformación anatómica de su cubierta. En el punto inicial del surco, sitio de penetración del parásito, se produce una vesícula que por su contenido seroso, se califica con el nombre de *vesícula perlada*. El surco, pues, está limitado en el orificio de entrada por la vesícula; en el final donde está alojado el parásito, por la eminencia acarina. El trayecto del surco recorrido por el parásito, que busca el jugo de las capas superiores malphigianas, está ocupado por huevos y materias fecales, que aparecen como puntos negros.

Un síntoma saliente de la sarna es el prurito de presentación nocturna y a veces tan intenso que impide el sueño, sobre todo en las primeras horas de la noche. Es, seguramente el calor del lecho, la causa de la actividad del parásito, porque en los individuos que trabajan de noche, la intensidad del picor es mayor en las primeras horas del sueño diurno.

Se ha pretendido explicar el prurito por la acción de productos tóxicos eliminados por el parásito; sin embargo, experimentalmente se ha demostrado que la inoculación de extractos de ácaros por escarificación, por cuti o por intradermo-reacción, no produce la menor reacción cutánea. Es forzoso pensar que la causa de las manifestaciones objetivas y subjetivas de la sarna reside, exclusivamente, en la presencia en la epidermis, de los parásitos, de sus huevos y de sus excrementos.

Carácter muy saliente de la sarna es la especial localización de sus lesiones en regiones determinadas, ya por la finura de su cubierta cutánea, ya por es-

tar sometidas a continuos roces y presiones, o por la sudoración que macera y ablanda la epidermis.

Las regiones electivas de localización, son los espacios interdigitales de las manos, las caras laterales de los dedos, la cara de flexión de las muñecas, principalmente su borde cubital, los codos, el borde anterior de las axilas, la cintura, el pliegue glúteo, la cara interna de los muslos y los pies, regiones en las que la capa córnea es fácilmente atravesada por el parásito.

Tres localizaciones tienen singular importancia para el diagnóstico: la aréola del pezón en la mujer; el pene en el hombre, especialmente el prepucio y el glande y el borde interno de los pies en el niño.

La cara es respetada en los adultos, pero no siempre en la edad infantil.

Existen formas localizadas de la sarna. Se presentan generalmente en las personas aseadas y la localización depende del modo de adquirir la enfermedad; cuando se adquiere mediante el acto sexual, se localiza a veces de un modo exclusivo en la zona genital, o por lo menos, predominan en ella sus lesiones. Claro que esta localización es transitoria y al fin acaba por generalizarse.

Las lesiones secundarias, casi constantes en la sarna, son originadas por el rascamiento y por las infecciones que el rascamiento produce. Las más frecuentes son las pústulas, que se localizan con preferencia en las manos, pero que pueden hacerlo en todo el cuerpo (*sarna pustulosa*); en algunos casos se producen lesiones papulosas, análogas a las que se observan en el prurigo (*sarna papulosa*); no es rara una reacción urticariana de la piel; y por fin, son también frecuentes las placas de eczematización más o menos extensas (*sarna eczematosa*).

Determinadas localizaciones del eczema deben hacer pensar en la sarna; tal sucede con el eczema de los codos y con las placas eczematosas de la aréola mamaria. Todo eczema areolar en la mujer, independiente del estado de gestación o de lactancia, es sospechoso de un origen acariano.

Las lesiones secundarias se localizan con preferencia en los sitios citados como típicas localizaciones de la enfermedad. Tal importancia tienen estas localizaciones que bastan para hacer el diagnóstico, aunque no se observe el surco típico, destruido por el rascamiento. Algunas veces las lesiones secundarias se generalizan e invaden casi toda la superficie cutánea, pero siempre dominan en los sitios de elección.

Las lesiones propias y secundarias de la sarna, no sólo son focos propagadores de la enfermedad, sino que constituyen puertas de entrada fáciles y

numerosas para diversas infecciones. En el hombre, por la localización preferente en el pene, favorece el contagio de la sífilis y del chancro blando. Es curioso recordar que siendo múltiples estas puertas de entrada, la inoculación ocasional de la sífilis se realiza también simultáneamente en múltiples sitios, hasta el punto de que en los enfermos de sarna, es en los que se observan con mayor frecuencia, la multiplicidad de los chancros sífilíticos.

La sarna no se cura nunca espontáneamente, pero sufre remisiones notables durante las enfermedades febriles.

El diagnóstico de la sarna es muy sencillo en los casos ordinarios, pero puede ser muy difícil cuando sólo existen lesiones discretas. Se afirmará, en primer término, por la observación del surco acariano; en ausencia de éste, por la contagiosidad, el horario del prurito, las localizaciones preferentes, la falta de lesiones en la cara, y en resumen, por el polimorfismo clínico.

Es de interés recordar que siendo la sarna por su lesión propia una enfermedad monomorfa, es decir, con una sola manifestación típica, el surco, adquiere por la adición de lesiones secundarias, que son constantes, un carácter esencialmente polimorfo y variado.

La investigación del parásito se puede realizar mediante la introducción de la punta de una aguja en el surco, a nivel de la eminencia acarina; el parásito se adhiere y agarra a la aguja y sale con ella. También puede extirparse el surco mediante un corte de tijera y comprobarse al microscopio a pequeño aumento.

Los medicamentos utilizados más frecuentemente contra la sarna son los compuestos de azufre, el bálsamo del Perú, el naftol, la creolina, etc. La elección de cada uno de ellos está subordinada a las condiciones de cada caso; estas condiciones se refieren al estado de la piel y a las condiciones individuales del enfermo (edad y sexo principalmente).

Por el estado de la piel deben tenerse en cuenta los enfermos que no presentan apenas lesiones secundarias. En estas condiciones, si el sujeto es joven y resistente, pueden utilizarse los métodos enérgicos y rápidos como la pomada de Helmerich o de Wlemings, que permiten, después de un baño general con enjabonamientos repetidos con jabón negro y una frotación durante veinte minutos con una de estas pomadas, curar la enfermedad en 24 horas.

La pomada de Helmerich se utiliza de ordinario en la siguiente forma: 1.º baño jabonoso; 2.º tres fricciones generalizadas en tres noches consecutivas; después del tercero y cuarto día, baño general jabonoso de limpieza por la mañana.

La fórmula de *Azúa*, muy útil, es la siguiente: azufre (20 gramos), naftol (10 gramos), brea (15 gramos), jabón blando (30 gramos), vaselina y lanolina (aa. 50 gramos). Baño general; las fricciones en dos noches consecutivas y baño de limpieza después.

De Keiser aconseja la creolina de Pearson (50 gramos) en agua destilada (250 gramos). Realiza el tratamiento en la misma forma y es muy bien tolerado, por los niños y los sujetos de piel fina.

La pomada de poli-sulfuro de *Ehlers-Millian* es muy bien tolerada; lanolina y vaselina (aa. 250 gramos), poli-sulfuro de potasio (80 gramos), agua (250 gramos), óxido de zinc (5 gramos), aceite de vaselina o de oliva (175 gramos).

En los enfermos que no toleran el azufre, se empleará el unguento de estoraque, el bálsamo del Perú o el naftol B. Naftol B (5 gramos), bálsamo del Perú (15 gramos), estoraque líquido (20 gramos), creta preparada (20 gramos), manteca (40 gramos).

Ravaut y *Mathieu* utilizan la solución de hiposulfito sódico al 40 por 100, en loción o vaporización, seguidos de una loción con ácido clorhídrico al 4 por 100. Cuando se forma sobre la piel un ligero depósito de azufre, se repite por segunda vez la misma operación.

Clement Simon y *Bralez* han obtenido resultados muy rápidos con una mezcla de monosulfuro de paracresyl (10 por 100), de benzoato de bencilo (10 por 100) y aceite. Se debe realizar una fricción cuidadosa sobre todo el cuerpo en dos días consecutivos con dicha pomada, que es inodora e incolora y tomar el tercer día un baño jabonoso.

Finalmente, puede utilizarse el tratamiento por el petróleo, embadurnando bien al enfermo y dejándolo toda la noche cubierto con un traje interior, también empapado en dicha substancia. No se olvidará el carácter inflamable del petróleo.

Con una u otra de las substancias indicadas (todas son buenas si se emplean bien) las fricciones serán siempre enérgicas, más sostenidas en el sitio de las lesiones, pero extendidas a todo el cuerpo, desde el cuello hasta la extremidad de los dedos de los pies, por toda la superficie cutánea, aunque en algunas zonas no existan lesiones ni aparezcan molestias. En la mañana siguiente a cada fricción se cambiará la ropa interior del enfermo y la de la cama, para esterilizarlas al calor o simplemente hervirlas.

La desinfección de las ropas es tan esencial como el tratamiento del enfermo, para evitar una recidiva inmediata.

En los casos con lesiones secundarias intensas, debe calmarse primero el

estado inflamatorio de la piel, por medio de cataplasmas, pulverizaciones antisépticas débiles, pomadas inertes de óxido de zinc, etc. Muy útiles en los casos de piodermis múltiples, son los baños generales antisépticos (80 gramos de permanganato potásico en el agua del baño).

La orina en los enfermos de sarna debe ser vigilada antes del tratamiento, porque se han descrito casos de albuminuria que puede ser agravada si se emplean en el tratamiento medicamentos balsámicos.

Después del tratamiento, las lesiones cutáneas residuales se tratarán con pomadas de brea (al 10 por 100), pasta de Lassar, pomada de ictiol, polvos de ácido bórico y talco, etc.

Los casos de sarna de los combatientes, deben diagnosticarse con rapidez para evitar la aparición de lesiones secundarias y la hospitalización.

En las proximidades de las grandes concentraciones militares se instalará un servicio de baños si es posible, o en su defecto de duchas, y se empleará uno de los métodos rápidos que hemos indicado. Procediendo de esta forma se evitan un considerable número de bajas.

Una vez tratada la sarna, es difícil, en algunos casos, afirmar si el enfermo está realmente curado, ya porque persista una sensación de prurito muy acentuada, o aparezcan algunos elementos eruptivos de variada morfología.

La persistencia del picor o de las erupciones cutáneas, plantea un problema difícil de diagnóstico y de terapéutica, porque puede depender de una dermatitis medicamentosa por el tratamiento, de una recidiva de la enfermedad, o de un verdadero trastorno psíquico.

En el caso de dermatitis medicamentosa, se produce, después del tratamiento, un alivio considerable del picor que dura solamente 3 ó 4 días; después se reproduce con intensidad y se acompaña de manifestaciones cutáneas de tipo eczematoso generalmente. No es raro que estos síntomas se consideren debidos a insuficiencia del tratamiento y se realicen nuevas fricciones que agravan y reproducen incesantemente las lesiones.

Los casos de recidiva de la enfermedad se deben a insuficiencia de la terapéutica, a defectuosa esterilización de las ropas o a falta del tratamiento de las familias o de las personas que conviven con el enfermo. En estos casos, una vez realizada la cura se produce la desaparición de los síntomas, y al cabo de unos días (15 ó 20 por lo general), reaparece el prurito a veces con gran intensidad. Es preciso examinar atentamente al enfermo para diferenciar la recidiva, de la dermatitis medicamentosa.

Por último, es frecuente que por un trastorno psíquico, por una verdadera obsesión, se constituya el cuadro de la *acarofobia*. En estos casos el

enfermo se queja de la persistencia del prurito, pero no suele tener manifestaciones cutáneas. Puede presentarse también en sujetos que no han padecido la enfermedad, pero que temen padecerla. Un tratamiento psicoterápico, acompañado de algunos calmantes del sistema nervioso y de baños calientes, harán desaparecer el prurito. En algunos casos es preciso llegar a repetir la medicación, que servirá para calmar la obsesión del enfermo y otros casos dudosos actuará como tratamiento de prueba.

En estas tres condiciones, que se observan con frecuencia en la práctica, es necesario aguzar la observación del enfermo, y llegar a un diagnóstico exacto que evite lamentables errores terapéuticos.

Para lograrlo, no se repetirá *nunca* el tratamiento de la sarna, si ha sido bien realizado, más que cuando se comprueben lesiones típicas en actividad, o cuando se consiga demostrar la existencia del parásito.