

demodécidosis. En los dos casos que nosotros estudiamos la respuesta fue ambivalente: un paciente con inmunosupresión y manejo con corticosteroides presentó buena respuesta; en cambio, otro con lesiones rosaceiformes y presencia abundante de *Demodex* no mejoró ni con la repetición de la dosis, y en cambio sí con metronidazol tópico.

Nosotros sólo tratamos dos casos con *larva migrans*; uno presentó como un probable efecto colateral eritema multiforme menor y curó con una sola dosis del medicamento; el otro caso, con lesiones múltiples e incontables, presentó una respuesta espectacular también con una sola dosis. En gnathostomiasis se ha discutido su efectividad, pues la tasa de anticuerpos disminuye más lentamente con este tratamiento que con albendazol.<sup>50</sup> Sin embargo, nosotros observamos una respuesta razonablemente buena, pero siempre repitiendo la dosis o usando el doble de la misma. A algunos pacientes los hemos observado meses o años después del tratamiento y aparentemente están libres de la parasitosis; otros, que presentaron buena adherencia durante el tratamiento, no han regresado a consulta seguramente por remisión de la enfermedad.

La Food and Drug Administration (FDA) señala como principales efectos secundarios en dosis de 200 µg/kg la diarrea, náusea, vértigo, erupción cutánea y prurito.<sup>7</sup> Sin embargo, los efectos secundarios son raros, leves y pasajeros; los más reportados son cefalea, náusea, vómito, hipotensión, dolor abdominal, rash, prurito, mialgias y artralgias.<sup>22</sup>

Únicamente se ha reportado una serie en la que se informa que en un grupo de 47 pacientes adultos mayores con escabiasis, quienes presentaban alteraciones del comportamiento y recibían tratamiento con medicamentos psicoactivos, se registraron quince fallecimientos durante los seis meses posteriores a la administración de una dosis única de ivermectina, cifra muy por encima de lo esperado para ese grupo.<sup>51-53</sup> Aunque no se ha confirmado la relación de las muertes con la ivermectina, no se recomienda en pacientes que se encuentren bajo el efecto de medicamentos que modifiquen sus condiciones médicas.<sup>8</sup>

En Colombia se indicó a un grupo de 47 pacientes mayores de 65 años y en el seguimiento por seis meses se encontró sólo un deceso durante el periodo estudiado.<sup>52</sup> En otro grupo de 220 pacientes de un hospital geriátrico, en los seis meses siguientes a la administración de ivermectina la mortalidad general no mostró diferencias estadísticamente significativas.<sup>53</sup>

## Conclusiones

De acuerdo con nuestros resultados en diferentes parasitosis cutáneas, la ivermectina demostró ser altamente efectiva y segura. La consideramos como un tratamiento excelente en escabiasis, especialmente en la forma costrosa; también es efectiva en pediculosis, pero es necesario implementar medidas tópicas adyuvantes (insecticidas, cepillado húmedo, etc.) para la eliminación de los huevecillos. Dada la difícil respuesta a otros antiparasitarios, la ivermectina, al doble de la dosis convencional, es recomendable en el tratamiento de gnathostomiasis, pero es un excelente tratamiento en *larva migrans*. Continúa siendo controversial su uso en demodécidosis.

Las principales ventajas encontradas con el uso del medicamento son la buena tolerabilidad y la facilidad para el apego al tratamiento; consideramos que representa una herramienta de mucha utilidad para el tratamiento de grupos extensos de enfermos, así como de contactos. ☺

## REFERENCIAS

- Pearson RD. "Agents active against parasites and *Pneumocystis carinii*". En: Mandell GL, Benett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Benett's Principles and practice of infectious diseases*. 4<sup>th</sup> ed. New York. Churchill Livingstone. 2000: 505-539
- Tracy JW, Webster LTJ. "Drugs used in the chemotherapy or helminthiasis". En: Hardman JG, Limbird LE. Goodman & Gilman's *The pharmacological basis of therapeutics*. 10<sup>th</sup> ed. New York. McGraw-Hill, 2001: 1121-1140
- Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdel FA. *The treatment of scabies with ivermectin*. N Engl J Med 1995;333[1]: 6-7, 26-30
- Njoo FL, Beek WMJ, Keukens HJ, Van Wilgenburg H, Oosting J, Stillma JS et al. *Ivermectin detection in serum of onchocerciasis patients: relationship to adverse reactions*. Am J Trop Med Hyg 1995; 52 (1): 94-97
- Lui LX, Weller PF. *Antiparasitic drugs*. N Engl J Med 1996; 334 (18), 1178-1184
- Dull HB, Meredith SEO. *The Mectizan Donation Programme-a 10-year report*. Ann Trop Med Paras 1998; 92 (Supp. 1): S69-S71
- Stuart L. *Ivermectin approved for strongyloidiasis and onchocerciasis*. JAMA 1997; 277 (9), 793
- Awadzi K, Opoku NO, Addy ET, Quartey BT. *The chemotherapy of onchocerciasis XIX: the clinical and laboratory tolerance of high dose ivermectin*. Trop Med Parasitol 1995; 46: 131-137
- Elmogy M, Fayed H, Marzok H, Rashad A. *Oral ivermectin in the treatment of scabies*. Int J Dermatol 1999; 38: 926-930
- Caumes E, Datry A, Paris L, Danis M, Gentilini M. *Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans (letter)*. Arch Dermatol 1992; 128: 994-995
- Caumes E, Carriere J, Datry A, Gaxotte P, Danis M, Gentilini M. *A randomized trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans*. Am J Trop Med Hyg 1993; 49 (5): 641-644
- Barbosa LF, Leal AS, Alvimar FJ, Melo-Monteiro C. *Tratamento da sarna crostosa com ivermectina*. An Bras Dermatol, Rio de Janeiro 1999; 74 (2): 175-177
- Chosidow O. *Scabies and pediculosis*. Lancet 2000; 355: 819-826
- Chappuis F, Farinelli T, Loutan L. *Ivermectin treatment for a traveler who returned from Peru with cutaneous gnathostomiasis*. Clin Inf Dis 2001; 33: e17-e19