

**I convención de Atención primaria y Salud Comunitaria "Dr. José Raimundo Oquendo"
Abreus 2023**

Escabiosis Costrosa. Presentación de un caso.

Dr. Javier Martínez Navarro ¹
Dra. Virgen Yasmin Martínez Navarro ²

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.
Policlínico Docente Mario Muñoz Monroy, Abreus, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN:

Introducción: La escabiosis costrosa o sarna noruega es una manifestación rara y extrema de la escabiosis que se produce principalmente en pacientes inmunosuprimidos. Se caracteriza por intensa reacción inflamatoria, lesiones escamocostrosas, hiperqueratósicas y poco pruriginosas con tendencia a la generalización.

Objetivo: presentar un caso con diagnóstico de Sarna Noruega confirmada por biopsia cutánea y estudio parasitológico directo de raspado de lesiones en adolescente mestizo masculino.

Caso clínico: masculino mestizo de 15 años que acude a consulta especializada de Dermatología del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos por lesiones cutáneas de 8 meses evolución que se fueron haciendo

generalizadas. Al examen físico como dato positivo relevante se describen lesiones cutáneas diseminadas eritematosas, papulosas y escamosas, con algunas excoriaciones por rascado.

Conclusiones: resaltamos la importancia del raspado de las lesiones para hacer un diagnóstico correcto y temprano. El interés del caso reside en la presentación de una variedad poco frecuente de escabiosis, que respondió a la terapéutica tópica con Permetrina 5% y se logró la resolución completa de la dermatosis. Consideramos además que el tratamiento debe ser complementado con medidas higiénicas y tratamiento de los convivientes, con el fin de evitar la propagación y el contagio de la enfermedad.

Palabras clave: Sarna Noruega, escabiosis, lesiones pruriginosas en piel.

INTRODUCCIÓN:

La escabiosis o sarna (E) es la infección parasitaria causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, que resulta en una erupción con intenso prurito y con un patrón característico tipo pápulas con distribución corporal en axilas, codos, glúteos, área genital y peri umbilical. En su forma más severa esta condición clínica es llamada sarna costrosa o noruega (SN). ^(1, 2, 3)

La SN es una enfermedad rara y altamente contagiosa debido a la existencia de una gran cantidad de parásitos en las lesiones, incluidas aquellas a nivel subungueal y las de la piel del cuero cabelludo, localizaciones que no son habituales en una E clásica. Generalmente afecta a pacientes con un sistema inmunológico comprometido, tal como sucede en aquellos con infección por VIH/ SIDA. En comparación con una E clásica, la SN presenta placas queratósicas localizadas en extremidades, tronco, pabellones auriculares y párpados; la primera es intensamente pruriginosa a diferencia de la segunda, que en pocos pacientes ocasiona prurito. ⁽⁴⁾

El interés del caso reside en la presentación de una variedad poco frecuente de escabiosis, presentada en un adolescente supuestamente sano.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino, mestizo, de 15 años de edad, de procedencia rural, producto de un embarazo deseado que cursó sin alteraciones y de un parto distócico por cesárea debido a Oligoamnios ecográfico, a las 42 semanas de edad gestacional, con buen peso y Apgar al nacer. No se recogen antecedentes familiares de interés.

Antecedentes patológicos personales: hace 8 meses lesiones en la piel, localizadas en la cara interna de ambos brazos, intensamente pruriginosas y que se acompañaron de fiebre (38 grados celcius), en cuatro ocasiones y que cedieron con la administración de antipiréticos habituales. No se conocen las características semiológicas de las lesiones referidas en ese momento, solo se conoció que se interpretaron como una Dermatitis Psoriasiforme y se le recomendó tratamiento

con Clobetazol en ungüento tópico 3 veces al día.

Posteriormente, es valorado en consulta de especializada de Dermatología del Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto", de Cienfuegos por presentar empeoramiento del cuadro dermatológico anteriormente referido. En ese momento se observaron que las lesiones se habían extendido a otras partes del cuerpo: tronco, cuello, piernas y al resto de la superficie de los brazos incluyendo palmas de las manos, que mantenían prurito, pero ya no tan intenso y se acompañó de pérdida de peso estimada de 10 kilogramos desde que empezó con las lesiones cutáneas descritas.

Al examen físico como dato positivo relevante se describen lesiones cutáneas diseminadas eritematosas, papulosas, escamosas, con algunas excoriaciones por rascado.

Resultado de los estudios analíticos:

Hemoglobina: 160 g/L

Hematocrito: 46 %

Leucocitos: 14×10^9 /L

Segmentados 42 %, Eosinófilos 18 %,
Linfocitos 40 %

Eritrosedimentación: 38 mm/h.

Transaminasa Glutámico Pirúvica: 31 UI/L

Transaminasa Glutámico Oxalacética: 24 UI/L

CPK: 112 U/L

Lactodeshidrogenasa sérica: 592 U/L

Fosfatasa Alcalina: 175 U/L

Creatinina 89,3 μ mol /L

Urea: 5 mmol/l

Ácido Úrico: 435 μ mol/l

Proteínas totales: 72.9 g/l

Albumina: 46 g/l

Globulina: 26.9 g/l

Tiempo de Sangramiento: 2 minutos.

Tiempo de Coagulación: 8 minutos.

Conteo de Plaquetas: 250×10^9 /L

Tiempo de Protrombina: control: 14 segundos, paciente 15 segundos.

Proteína C Reactiva: 2,1 mg/l

Células LE: negativo.

VIH: No reactivo.

Lámina Periférica: Normocromía, normocitosis, leucocitosis ligera a predominio de Linfocitos, eosinofilia moderada. Plaquetas agregadas y adecuadas en número.

Se discute el caso en colectivo, se decide ingresar con la impresión diagnóstica de Eritrodermia.

Se le realiza biopsia de piel y el informe revela la presencia de ácaros en las capas más superficiales de la epidermis (Figura 1 y 2). Posteriormente, el examen directo del raspado cutáneo realizado en las regiones laterales de las manos mostró la presencia de numerosos ácaros adultos (Figura 3) y huevos.

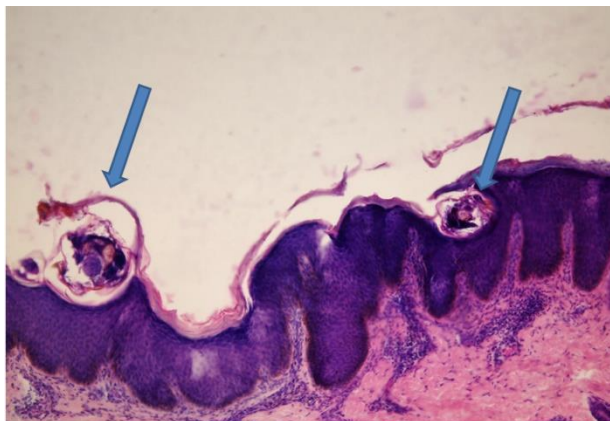


Figura 1: Se observa epidermis con acantosis y capa córnea hiperqueratósica con los parásitos (tinción hematoxilina/eosina,100x).

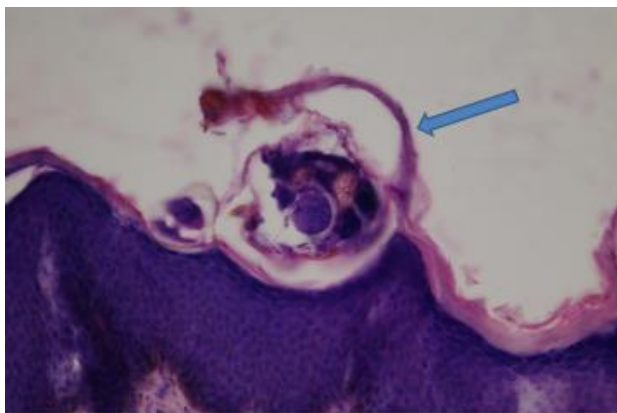


Figura 2: Mejor visualización del parásito en la capa cornea (tinción hematoxilina/eosina,200x).

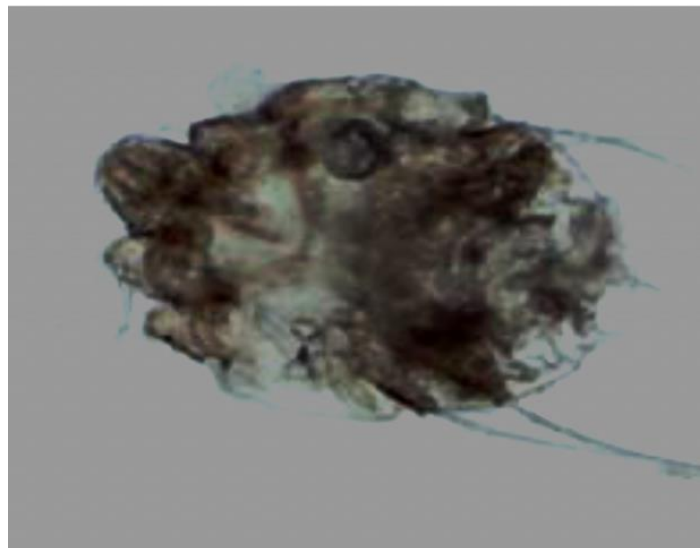


Figura 3: Ácaro adulto en el examen directo (100 x)

Con estos elementos se arriba a la conclusión diagnóstica de SN.

Se indica tratamiento tópico con Permetrina al 5 % observándose una mejoría notable a partir del tercer día de tratamiento. Se decidió su egreso hospitalario a los 10 días completando el tratamiento de forma ambulatoria. Se realizaron visitas domiciliarias y al centro escolar del paciente buscando otros posibles contagios. El paciente actualmente se mantiene bajo seguimiento y asintomático.

DISCUSIÓN:

La SN tiene una topografía más diseminada, afecta cualquier área de superficie corporal (palmas, plantas y ocasionalmente piel cabelluda) e incluso puede ser generalizada si no recibe tratamiento. El diagnóstico diferencial incluye: dermatitis atópica, dermatitis herpetiforme, dermatitis por contacto (al níquel, entre otras), dermatitis seborreica, urticaria papular, pitiriasis rosada, impétigo, psoriasis, sífilis, enfermedad de Darier y pitiriasis rubra pilaris. ⁽³⁾ En este caso el diagnóstico inicial fue una Dermatitis Psoriasiforme, para lo que fue tratado, no presentando mejoría clínica. Las lesiones se diseminaron afectando tronco, cuello, piernas

y miembros superiores incluyendo palmas de las manos.

Esta rara forma de presentación es altamente contagiosa. Fue descrita por primera vez en 1848 en pacientes noruegos que padecían lepra lepromatosa. Es poco habitual en personas sanas. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes portadores de algún tipo de inmunodeficiencia (infección por HIV, trasplante, uso de esteroides en altas dosis, diabetes, desnutrición, síndrome de Down, etc.), o asociada a procesos neurológicos o a retraso mental. También puede presentarse en personas sin déficit inmunológico conocido y ocurrir concomitantemente en grupos familiares, lo que sugiere una probable predisposición genética. ⁽⁵⁾ En el caso que presentamos no se demostró compromiso inmunológico ni otra situación clínica de las anteriormente descritas. Estamos ante un caso de SN presentado en un adolescente sano, lo que resulta poco habitual según la bibliografía consultada.

Su aparición clínica es resultado de una sensibilización cutánea al parásito que dura aproximadamente un mes. La SN comienza a manifestarse como la sarna vulgar, pero con disminución o ausencia de prurito. La ausencia inicial de este síntoma clínico dificulta el diagnóstico precoz, por lo que el número de ácaros se incrementa considerablemente, pudiendo alcanzarse cifras elevadas del mismo. Las lesiones consisten en costras gruesas, amarillentas y adherentes. Se acompañan de eritema y anomalías en las uñas. El prurito, cuando está presente puede ser leve o intenso y se localiza en zonas diferentes a las que se acostumbra en la forma típica. Puede verse sólo como una dermatitis pruriginosa inespecífica dado que llegan a producirse lesiones hiperqueratósicas que simulan una Psoriasis. Además, puede acompañarse con engrosamiento de las uñas e hiperpigmentación. En algunos casos se presenta alopecia y puede coexistir con otras dermatosis. En ocasiones puede aparecer linfadenopatías generalizadas y eosinofilia en sangre. En este caso existió empeoramiento clínico de las lesiones iniciales, que en ese momento se manifestaron con prurito intenso

y posteriormente este síntoma se mantuvo pero con menor intensidad. Las características semiológicas de las lesiones se correspondieron a lo descrito en la literatura revisada. El diagnóstico inicial emitido fue una Dermatitis Psoriasiforme y se constató eosinofilia moderada.

La histopatología puede ser diagnóstica en caso de encontrar al parásito, restos de éste o de sus huevos; además puede observarse una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica o paraqueratósica, acantosis e infiltrado inflamatorio dérmico y de células plasmáticas, eosinófilos y neutrófilos perivasculares, pústulas espongiformes y abscesos de neutrófilos en la capa espinosa. ^(6,7) En la biopsia se constató epidermis con acantosis y capa córnea hiperqueratósica con los parásitos, que unido a las características semiológicas de las lesiones cutáneas nos llevaron a la fuerte presunción diagnóstica de una forma clínica particular y rara de E: la SN. El raspado de piel se realiza en las regiones laterales de las manos, dedos, e hiponiquio que es donde más se concentran ácaros. Éste estudio también confirma esta entidad mediante la observación directa de los parásitos logrando observar en primer término la enorme cantidad de ácaros en la muestra, y en segundo lugar la coexistencia de diferentes estados evolutivos del *Sarcoptes* en un mismo campo microscópico. En las formas habituales de presentación de la escabiosis, el estudio parasitológico muestra muy pocos ácaros, y es excepcional que se pueda visualizar en un mismo campo microscópico al mismo tiempo huevos, formas juveniles, adultos y restos parasitarios. ⁽⁸⁾ La elevada proliferación de ácaros observada en el estudio directo del raspado realizado es responsable de la alta contagiosidad de esta forma particular de E.

Debido a la alta contagiosidad de esta parasitosis, es fundamental extremar las medidas de prevención para evitar su diseminación, tales como aislamiento de contacto, baños diarios, lavado de ropa, higiene ambiental y tratamiento adecuado del grupo de convivientes. El tratamiento incluye terapia tópica como permetrina o ivermectina, y sistémica como la ivermectina oral.

Actualmente se utilizan ambos tratamientos.^(9, 10) No se comprobaron contagios relacionados con este paciente. La aplicación de Permetrina 5% tópica logró resolver el cuadro dermatológico. Se indicaron las medidas higiénicas anteriormente descritas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chang P, Quijada Ucelo ZM. Sarna noruega en un paciente inmunodeprimido. *Our Dermatol Online* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 12]; 8(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.odermatol.com/odermatology/20174/29.Norwegian-ChangP.pdf>.
2. Venzant Zulueta S, Hechavarría Martínez BO, Núñez Antúnez L, Tamayo Gutiérrez G. Algunas consideraciones sobre las afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [citado 30 Nov 2018]; 21(12):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200015&lng=es.
3. López Cepeda LD, Martínez Guerra EC. Sarna costrosa en una lactante con dermatitis atópica. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 29]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61808>.
4. Tirado-Sánchez A, Bonifaz A, Montes de Oca-Sánchez G, Araiza-Santibañez J, Ponce-Olivera RM. Escabiosis costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA. Reporte de 15 casos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 18]; 2016(54):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im163t.pdf>.
5. Ortiz M, Ruffini A, Gubiani ML, PíaBoldrini M, Pinardi B. Sarna costrosa. *Dermatolog Argent* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 12]; 21(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewPDFInterstitial/1389/826>.
6. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 20]; 15(8):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Margot_Whitfeld/publication/292817845_Systematic_review_of_the_global_prevalence_of_scabies_and_impetigo/links/59b1f06da6fdcc3f888e190f/Systematic-review-of-the-global-prevalence-of-scabies-and-impetigo.pdf.
7. D'Atri GM, Candiz ME, Lois MS, Restifo EJ. Sarna humana: el ácaro y sus circunstancias. *Rev Argent Dermatol* [Internet]. 2010 [citado 2018 Nov 20]; 9(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rad/v91n1/v91n1a04.pdf>.
8. Fujimoto K, Kawasaky Y, Morimoto K, Kikuchi I, Kawana S. Treatment for Crusted Scabies: Limitations and Side Effects of Treatment with

- Ivermectin. J Nippon MedSch [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 20]; 81(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/81/3/81_157/pdf.
9. Fujimoto K, Kawasaky Y, Morimoto K, Kikuchi I, Kawana S. Treatment for Crusted Scabies: Limitations and Side Effects of Treatment with Ivermectin. J Nippon MedSch [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 18]; 81(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/81/3/81_157/pdf.
10. Nijamin Tamara R, Laffargue Jorge A, Mantero Natalia M, Jaime Lorena J, De Lillo L, Grees Susana A. Sarna noruega en un paciente pediátrico con síndrome de Down: A propósito de un caso. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2013 [citado 2018 Nov 23]; 111(6): [aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000600017&lng=es.