

# Sarna noruega en un paciente inmunodeprimido [Norwegian scabies in an immunocompromised patient]

**Patricia Chang<sup>1</sup>, Zonia María Quijada Ucelo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Dermatology, Hospital General de Enfermedades IGSS and Hospital Ángeles, Guatemala,

<sup>2</sup>Residente III de Medicina Interna Hospital Universitario Esperanza, Guatemala

**Corresponding author:** Dra. Patricia Chang, E-mail: pchang2622@gmail.com

Paciente masculino de 50 años de edad, diabético hospitalizado en el Servicio de Cirugía por síndrome pulmón atrapado con ventana torácica por tuberculosis pulmonar en tratamiento con antifímico con etambutol 1200 mg, isoniazida 300 mg y rifampicina 600 mg cada día desde hace 1 mes, que por presentar lesiones escamosas de piernas y pies se realiza interconsulta a dermatología.

A la evaluación dermatológica presenta dermatosis diseminada a tórax anterior, espacios interdigitales de manos, miembros inferiores con predominio en su tercio distal, dorso de pies (Figs. 1 et 2), alrededor de los ortejos (Figs. 3a et 3b) y planta de los pies constituida por placas escamosas, algunas de éstas de color amarillento con aspecto psoriasiforme, costras hemáticas (Fig. 4). Resto del examen físico paciente caquético en malas condiciones generales y nutricionales.

## ANTECEDENTES FAMILIARES NEGATIVOS

Inicia su padecimiento hace 7 meses con aparición de ligera picazón en diferentes partes del cuerpo la cual se fue aumentando y en el último mes la piel se volvió muy seca y sumamente pruriginosa, solo había estado recibiendo para su resequedad aceite mineral 2 veces al día.

Con los datos clínicos se diagnosticó sarna noruega, por lo que se realiza examen directo y microscopia de

las escamas de la región subungueal del primer ortejo derecho y de las placas escamosas del dorso de los pies.

El examen directo del primer ortejo mostró la presencia de un acaro (Fig. 5) y la microscopía de huevos de *Sarcoptes scabiei* (Fig. 6)

Se le administró tratamiento vía oral con ivermectina a 200 mcg/kg de peso con buena respuesta al tratamiento con 3 dosis de ivermectina.

## COMENTARIO

La escabiosis o sarna es la infección parasitaria causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variable *hominis*, que resulta en una erupción con intenso prurito y con un patrón característico 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, se da en pacientes con algún tipo de inmunosupresión y con otras características clínicas, que se mencionaran adelante [1,2].

Con una prevalencia mundial alrededor de 300 millones de casos al año, lo que ha significado un serio problema de salud pública en países desarrollados y terciermundistas. La sarna ocurre en ambos sexos, en todas las edades, grupos étnicos y niveles socioeconómicos; predomina en invierno y es favorecida por malos hábitos de higiene [2,3]. La cantidad de parásitos en una persona se correlaciona con el índice de contagiosidad, ya sea

**How to cite this article:** Chang P, Quijada ZM. Sarna noruega en un paciente inmunodeprimido [Norwegian scabies in an immunocompromised patient]. Our Dermatol Online. 2017;8(4):484-486.

**Submission:** 16.10.2016; **Acceptance:** 13.04.2017

**DOI:**10.7241/ourd.20174.136



Figure 1: Placas escamosas en el tercio distal de piernas.



Figure 4: Al examen directo presencia de un acaro.



Figure 2: Acercamiento de las placas escamosas en dorso de ortejos.

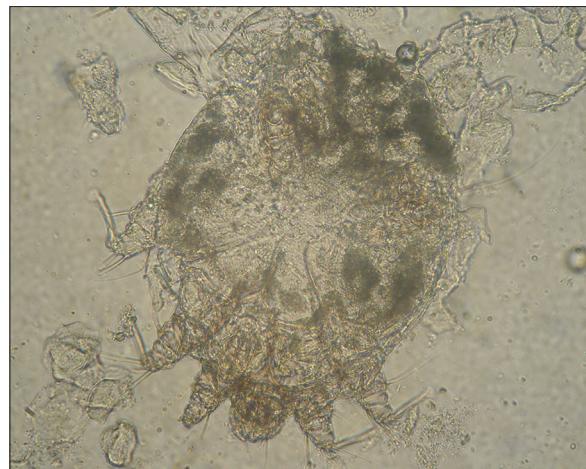


Figure 5: Examen directo presencia de huevos de *Sarcoptes scabiei*.



Figure 3: (a, b) Placas escamosas alrededor de los ortejos.

directa (piel a piel) o indirecta (a través de la ropa de cama infestada, ropa u otros fómites). Es común la transmisión entre miembros de la familia, personal institucionalizado y pareja, predominantemente en homosexuales [1,4].

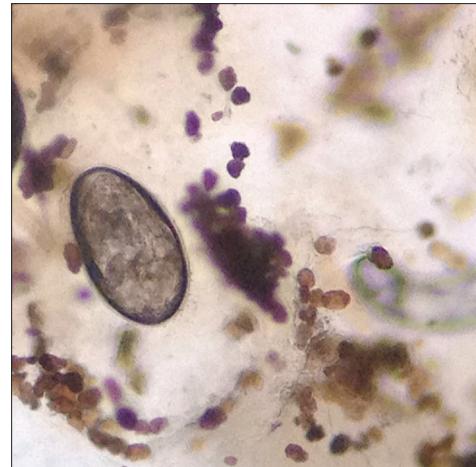


Figure 6: Eggs of *sarcoptes scabiei*.

Sarna costrosa es una forma altamente infecciosa, por un fracaso de la respuesta inmune del huésped para controlar la proliferación del ácaro en la piel, causando

**Table 1:** Factores predisponentes para padecer sarna costrosa**Factores de riesgo para desarrollar sarna costrosa.**

Trastornos mentales: demencia en adultos mayores, síndrome de Down.  
 Diabetes mellitus.  
 Infección por VIH  
 Malnutrición: déficit de vitamina A, beriberi.  
 Enfermedades infecciosas: tuberculosis, lepra.  
 Radioterapia.  
 Fármacos inmunodepresores: corticoides y citostáticos.  
 Lesiones medulares: siringomielia, tabes dorsal.  
 Trastornos linforreticulares: leucemia, linfoma.  
 Higiene deficiente.  
 Enfermedades reumatólogicas: artritis reumatoide, LES

así hiperinfestación. Este fracaso compromete la inmunidad celular adaptativa y por lo tanto la pobre respuesta proliferativa linfocítica a estímulos y a algunos patógenos [1,4,5]. La inmunidad celular adaptativa se ve afectada con algunos medicamentos y condiciones como tuberculosis, diabetes mellitus, etc [5].

Factores predisponentes para padecer sarna costrosa son trastornos mentales como síndrome de Down, diabetes mellitus, infección por VIH, malnutrición, enfermedades infecciosas como tuberculosis, radioterapia, fármacos inmunodepresores, linfoma (Tabla 1) [1,2,4,6].

A diferencia de la sarna vulgar, la sarna costrosa puede afectar cualquier parte del cuerpo, pero predominan áreas de presión, particularmente las palmas y plantas, además de cuero cabelludo. Se caracteriza por pápulas rojas, placas psoriasiformes, fisuras, costras hemáticas y placas hiperqueratósicas de color amarillo [6-8]. Otros hallazgos son engrosamiento de las uñas, alopecia, hiperpigmentación, eosinofilia y pioderma con adenopatías. El prurito puede estar ausente y no es tan intenso como en la de la sarna vulgar [4].

El diagnóstico se basa en la historia clínica y distribución de las lesiones. Algunos estudios como dermoscopía, "tape test" y rapado de piel confirman la sospecha, aunque resultados negativos no excluyen el diagnóstico [1,3]. El rapado de piel se realiza en las regiones laterales de las manos, dedos, e hiponiquio que es donde más se concentran ácaros. Se debe tener presente algunos diagnósticos diferenciales como psoriasis, eczema atópico, enfermedad de Darier, dermatitis de contacto, ictiosis e incluso farmacodermia [4,6,8].

Considerando la toxicidad y efectividad de varias terapias, la ivermectina por vía oral y crema de permeterina al 5% son la terapia de primera línea [9].

Se ha reportado que monoterapia con ivermectina vía oral a dosis de 200 mcg/kg ha sido efectiva, algunos autores recomiendan repetir dosis a los 10 ó 15 días. Se ha encontrado curación con una sola dosis en 27.5%, con una segunda dosis en 57.5% y con una tercera dosis en 7.5%. Es decir, 92.5% de pacientes se cura con una, dos o tres dosis. Ha sido de controversia combinar el tratamiento oral con permeterina 5%, ya que en enfermedades tan extensas hay escasa penetración cutánea del fármaco [3,4,8]. El prurito puede ser controlado con antihistamínicos por dos semanas hasta que el tratamiento sea efectivo. Cualquier complicación de infección de tejidos blandos y piel se recomienda de ser tratado con antibióticos sistémicos [1,6].

Del caso presentado, nos encontramos ante un paciente inmunodeprimido con tres situaciones que lo predisponían a padecer sarna costrosa: Diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar y desnutrición crónica del adulto, éstas afectaron la respuesta de la inmunidad celular adaptativa del individuo, lo que permitió la proliferación de las lesiones cutáneas; a pesar de esto el paciente tuvo una excelente respuesta con dos dosis de ivermectina

**REFERENCIAS**

- Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006;354:1718.
- Diaz, J. Scabies. Chapter 295. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8<sup>th</sup> Edition 2015.
- Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26:123.
- Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: A systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:960.
- Walton SF, Oprescu FI. Immunology of scabies and translational outcomes: Identifying the missing links. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26:116.
- Campillos Páez MT, Causín Serrano S, Duro Mota E, Agudo Polo S, Martínez Ramírez MO, Sánchez de la Nieta Martín JM. Escabiosis: Revisión y actualización. *MEDIFAM.* 2002;12:442-52.
- Varela, A. Vilas-Sueiro, A. [Hyperkeratotic lesions and pruritus in an immunosuppressed patient]. *Reumatol Clin.* 2016;12:107-8.
- Chang P, Borjas C. Crusted scabies in an AIDS patient. *Dermatol CMQ.* 2009;7:262-4.
- Davis JS, McGloughlin S, Tong SYC, Walton SF, Currie BJ. A Novel Clinical Grading Scale to Guide the Management of Crusted Scabies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7:e2387.

Copyright by Patricia Chang, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Source of Support:** Nil, **Conflict of Interest:** None declared.