

Sarna costrosa

Crusted scabies

Marcela Ortiz,¹ Alina Ruffini,² María Laura Gubiani,³ María Pía Boldrini³ y Beatriz Pinardi⁴

RESUMEN

La sarna costrosa o noruega es una variedad poco frecuente de escabiosis, caracterizada por un elevado número de parásitos, alta contagiosidad y defectuosa respuesta inmune del huésped. Clínicamente se presenta con múltiples placas hiperqueratósicas fisuradas en sitios habitualmente respetados por la sarna común, acompañada de prurito leve, moderado o intenso. Presentamos un paciente de sexo masculino de 20 años de edad, con síndrome de Down y diagnóstico de sarna noruega, con excelente respuesta al tratamiento con ivermectina oral (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (4): 288-291).

Palabras clave:

sarna costrosa, síndrome de Down, ivermectina.

ABSTRACT

Crusted or Norwegian scabies is a rare variety of scabies, characterized by a large number of parasites, high infectivity, and a defective host response. Clinically, it presents with multiple fissured hyperkeratotic plaques usually on sites unaffected by common scabies, associated with mild, moderate or severe itching. We present a 20 year- old male patient with Down syndrome and diagnosis of Norwegian scabies who had excellent response to oral ivermectin (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (4): 288-291).

Keywords:

crusted scabies, Down Syndrome, ivermectin.

Fecha de recepción: 22/05/2015 **Fecha de aprobación:** 02/07/2015

¹ Médica concurrente de 2º año, UNC

² Médica concurrente de 3º año, UNC

³ Médica dermatóloga

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital San Roque, Bajada Pucará 1900, Córdoba, República Argentina.
Correspondencia: Marcela Ortiz. marcepmortiz@gmail.com

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 20 años de edad, oriundo de Almafuerde, provincia de Córdoba, quien consultó a nuestro Servicio por lesiones pruriginosas en cuero cabelludo, cara, palma izquierda y pie derecho, de 6 meses de evolución.

Antecedentes personales: síndrome de Down.

Al examen físico en cuero cabelludo se observaron abundantes escamocostras secas, blanco-amarillentas, atravesadas por cabellos sanos (intactos) que no cedían a la tracción, con zonas de piel fisuradas (foto 1). En región supraciliar derecha presentaba múltiples pápulas confluentes, eritematosas y queratósicas (foto 2), y en palma izquierda y en el dorso del tercer dedo de pie derecho se objetivaron escamocostras blanco-amarillentas, de aspecto yesoso y poroso (foto 3).

Se realizó laboratorio de rutina: VSG (volumen de sedimentación globular) 30 mm/h, glóbulos blancos 10.200/mm³ (eosinófilos 918); el resto, dentro de parámetros normales. Examen directo y cultivo de piel en cuero cabelludo: flora polimicrobiana, con predominio de *Staphylococcus aureus*. Examen directo y cultivo de piel

en región interdigital: *Candida spp.* Escarificación de piel de área intertriginosa y uñas: abundantes *Sarcoptes scabiei* (foto 4).

Se arribó al diagnóstico de sarna costrosa.

Se indicó tratamiento con ivermectina 12 mg/día (días 1 y 7), hidroxicina 50 mg/día, con resolución de la dermatosis. Se realizó tratamiento a los convivientes.

Comentarios

La sarna noruega, llamada así por haberse observado en pacientes leprosos de origen noruego, fue descrita en 1848 por Danielssen y Boeck. Esta dermatosis, también conocida como sarna costrosa, es una forma severa caracterizada por la presencia de costras gruesas capaces de albergar millones de ácaros. Es causada por el mismo parásito de la sarna humana, el *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*.¹

Esta variante de escabiosis es poco habitual y se observa con mayor frecuencia en los portadores de algún tipo de inmunodeficiencia (infección por HIV y HTLV-1, inmunosupresión por trasplante, uso de esteroides en altas dosis, diabetes y desnutrición, entre otras) o asociada a



FOTO 1. Cuero cabelludo: escamocostras secas, blanco-amarillentas, atravesadas por cabellos sanos (intactos).

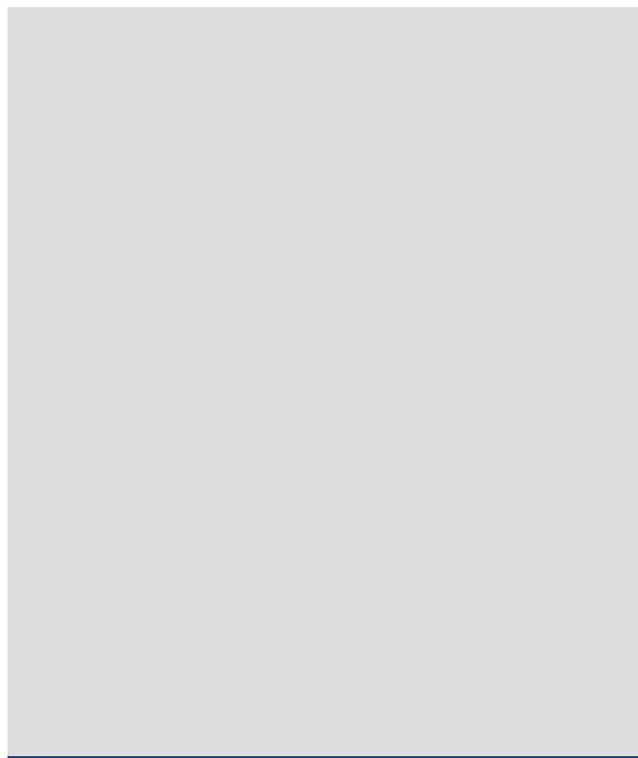


FOTO 2. Región supraciliar derecha: múltiples pápulas confluentes, eritematosas y queratósicas.



FOTO 3. Escamocostras blanco-amarillentas, de aspecto yesoso y poroso.

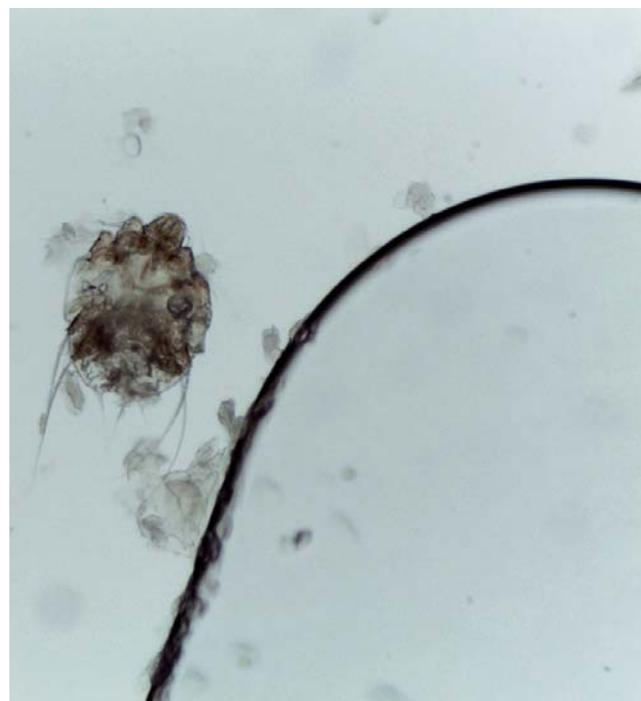


FOTO 4. Escarificación de piel: abundantes *Sarcoptes scabiei*.

procesos neurológicos o retraso mental (síndrome de Down).² También puede presentarse en personas sin déficit inmunológico conocido y ocurrir concomitantemente en grupos familiares, lo que sugiere una probable predisposición genética.³

Nuestro paciente presentaba dos factores predisponentes: el síndrome de Down y se encontraba institucionalizado.

En los pacientes con trisomía 21 se observa una alta predisposición a las infecciones cutáneas. Esto puede atribuirse a la intensa xerodermia y a la disminución de los linfocitos T e IgG.² Además, en ellos existe una alteración en el mecanismo de rascado, lo que impide remover mecánicamente los ácaros y destruir las madrigueras.⁴

Las células T citotóxicas de la dermis de piel lesionada contribuyen a una respuesta inflamatoria desequilibrada, que en combinación con la falta de células B producen el fallo del sistema inmune de la piel, lo que genera una respuesta ineficaz y resulta en un crecimiento incontrolado del parásito. Asimismo, los linfocitos T inducen un desequilibrio en la apoptosis de los queratinocitos, lo que provoca una hiperproliferación epidérmica, expresada clínicamente en las lesiones hiperqueratósicas características de esta dermatosis. A diferencia de la sarna vulgar, en la cual hay un predominio de la respuesta inmune

celular, la sarna costrosa está asociada a una respuesta humoral, la cual se evidencia con la elevación de Ig E, Ig G e Ig A.³

Clínicamente afecta grandes superficies cutáneas, a las que otorga un aspecto paquidérmico², con múltiples escamas gruesas y costras amarillentas o gris-blancuecinas, adherentes, a menudo fisuradas. Recalcamos que la sarna costrosa tiene como signo clínico capital a la escamocostrosa yesosa, porosa, con aspecto de cemento seco. Sin importar su magnitud, su sola presencia es diagnóstica de esta variedad.⁵ Afecta con mayor frecuencia las extremidades. Sin embargo, también cuero cabelludo, pabellones auriculares, dorso de mano, muñecas, palmas y plantas. Pueden observarse anomalías ungueales, como hiperqueratosis subungueal. Es posible que el prurito esté ausente, sea leve o tan intenso que provoque sobreinfección bacteriana, sepsis y requerir antibióticos sistémicos de amplio espectro.^{1,4,7} En muchos casos se observan linfadenopatías y eosinofilia en sangre periférica.²

Entre los diagnósticos diferenciales encontramos dermatitis seborreica, enfermedad de Darier, dermatitis herpetiforme, erupciones inducidas por fármacos, psoriasis rupioide u ostrácea, eccema crónico, ictiosis, pitiriasis rubra pilaris y queratodermias palmoplantares.^{2,4}

El diagnóstico presuntivo es clínico y se confirma con la visualización del parásito, huevos o heces.⁴ El método estándar es el raspado del tejido afectado con bisturí, como se realizó en nuestro paciente: se coloca sobre un portaobjetos una gota de aceite de silicona y se observa al microscopio la estructura típica del ácaro de la sarna con 8 patas y la estructura provista de dientes. Además, existen otras técnicas, como la prueba de la cinta, dermatoscopia, biopsia de piel y la prueba de la tinta, nombradas en otras publicaciones.⁵

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.²

El tratamiento incluye terapia tópica como permetrina o ivermectina, y sistémica como la ivermectina oral. Actualmente se utilizan ambos tratamientos.⁵

En 1990 Western reportó la efectividad de la ivermectina contra el *S. scabiei*. Esta droga alcanza su máxima concentración en piel 8 horas después de la administración oral, y ejerce su acción mediante la modulación de la actividad en los canales del ión cloro en las células nerviosas y musculares de los artrópodos. Al permanecer abierto los canales de cloro, cambian la carga de la membrana celular y evitan el estímulo muscular, por lo que el parásito se paraliza y muere o es eliminado.⁷ Por consiguiente, no tiene efectos en los huevos del ácaro.⁸

La ivermectina oral ha sido aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) y se indica en una dosis única de 0,2 mg/kg antes de las comidas. Debido a que es inefectiva contra los huevos, la administración de dos o más dosis es necesaria para una elevada tasa de curación. No existen protocolos acerca del intervalo de las dosis, pero en general se recomienda cada una o dos semanas.^{5,6}

Por lo tanto, la ivermectina es una droga segura, efectiva y de fácil administración, particularmente útil en inmu-

nosuprimidos. Se han publicado escasas reacciones adversas, que van desde prurito intenso, náuseas y vómitos hasta severas erupciones cutáneas, como síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica.⁶ Se contraindica su uso en embarazo, lactancia y pacientes con alteraciones hepáticas graves.²

El interés del caso reside en la presentación de una variedad poco frecuente de escabiosis, que respondió a la terapia con ivermectina oral 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.

Bibliografía

1. Cestari S.C., Petri V., Rotta O., Alchorne M.M. Oral Treatment of crusted scabies with ivermectin: report of two cases, *Pediatr. Dermatol.*, 2000, 17: 410-414.
2. Mantero N., Jaime L., Nijamin T., Laffargue J. et al. Sarna noruega en un paciente pediátrico con síndrome de Down. A propósito de un caso, *Arch. Argent. Pediatr.*, 2013, 111: 141-143.
3. Walton S.F., Beroukas D., Roberts-Thomson P., Currie B.J. New insights into disease pathogenesis in crusted (Norwegian) scabies: the skin immune response in crusted scabies. *Br. J. Dermatol.*, 2008, 158: 1247-1255.
4. Zambrano Mora G. Sarna noruega en un paciente con síndrome de Down. Reporte de un caso, *Dermatología*, 2012, 18: 1-4.
5. D'Atri G.M., Candiz M.E., Lois M.S., Restifo E.J. Sarna humana: el ácaro y sus circunstancias [en línea]. *Rev. Argent. Dermatol.*, 2010, vol. 91, nº 1 <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-> [consulta: 22 de mayo de 2015] ISSN 1851-300X.
6. Maghrabi M., Lum S., Joba A., Meier M. et al. Norwegian crusted scabies: an unusual case presentation, *J. Foot Surg.*, 2014, 53: 62-66.
7. Jairo V. ¿Es la ivermectina una droga segura? *Act. Terap. Dermatol.*, 2015, 38: 38-43.
8. Fujimoto K., Kawasaky Y., Morimoto K., Kikuchi I. et al. Treatment for crusted scabies: Limitations and side effects of treatment with ivermectin. *J. Nippon Med. Sch.*, 2014, 81: 157-163.