

Cartas al editor

Sarna noruega en un paciente inmunodeprimido

Estimado Editores:

Las parasitosis cutáneas son enfermedades frecuentes que pueden afectar a pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos, en estos últimos las manifestaciones pueden ser atípicas debido a su afección inmunológica. Clínicamente pueden manifestarse con placas costrosas, pápulas rojas, placas psoriasiformes, placas hiperqueratósicas de color amarillo semejantes a la enfermedad de Darier.

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 54 años de edad, hospitalizado por sepsis de origen gastrointestinal con antecedente importante de diabetes mellitus desde hace 15 años controlado con hipoglucemiantes orales, insuficiencia renal crónica KDOKI 5 en tratamiento con hemodiálisis en el área de choque de la Unidad de Emergencias y por la presencia de lesiones cutáneas se hizo interconsulta al Servicio de Dermatología.

Se evalúa paciente con dermatosis diseminada a tórax anterior, posterior, axilas, miembros superiores a nivel de los espacios interdigitales de las manos, los miembros inferiores con predominio en estos últimos a nivel del dorso de los ortijos, los pulpejos y las regiones subungueales, constituida por placas amarillentas de aspecto verrugoso (Figuras 1 a 3) y múltiples costras hemáticas. Resto del examen físico: paciente en malas condiciones generales, palidez generalizada, con ventilación mecánica. Con estos datos clínicos se hace el diagnóstico de sarna noruega, por lo que se realiza examen directo de las escamas de la región subungueal del primer ortijo izquierdo e histopatología de las escamas de la lesión verrugosa del dorso del pie derecho.

El examen directo mostró la presencia de ácaros (Figura 4) al igual que la histopatología, lo cual confirmó el diagnóstico de sarna noruega. El paciente falleció 24 horas después de su ingreso.

La sarna es una ectoparasitosis cutánea intensamente pruriginosa y contagiosa provocada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*,¹ conocido vulgarmente como “arador de la sarna”. Los grupos más susceptibles a esta parasitosis suelen ser adultos jóvenes y niños menores de dos años. No existen diferencias significativas de un sexo a otro o raciales.^{1,2}

En Noruega en 1848 Danielssen y Boeck descubrieron en enfermos con lepra una variedad rara de sarna altamente contagiosa, que posteriormente se denominó sarna noruega, costrosa o hiperqueratósica.^{2,3} Esta variedad de la sarna común puede estar compuesta de millones de ácaros, mientras que en la sarna normal, la parasitosis se compone de 10 a 12 hembras.²

La incidencia mundial se ha calculado en 300 millones de casos anuales. Suele observarse más en invierno, probablemente debido al hacinamiento en áreas urbanas de nivel socioeconómico bajo.⁴ El ácaro es muy contagioso, se transmite por contacto físico directo: estrecho de forma prolongada; o indirecto, especialmente por sábanas, toallas y fomites, siendo este último el más común de la variedad costrosa. El ácaro puede sobrevivir 72 horas fuera del huésped.^{2,5}

Se ha descrito que las personas más susceptibles de padecer de esta variedad de sarna son aquellas debilitadas por procesos crónicos como diabetes, enfermedad renal, procesos neoplásicos, pacientes con retraso mental, demencia, alteraciones neurológicas, enfermedades de la colágena, tratamiento con esteroides o citostáticos, trasplante de órganos, hematopatías, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y por cualquier causa que afecte el estado inmunológico del huésped.^{2,5} El primer caso asociado con SIDA fue publicado en 1986, y desde entonces se ha incrementado su reporte en estos pacientes, y es la condición que con mayor frecuencia se asocia con esta parasitosis.^{3,4} Se ha descrito sarna noruega por administración continuada de corticoides tópicos fluorados de alta potencia.²



Figura 1. Vista panorámica de las lesiones podales.



Figura 2. Acercamiento de las placas verrugosas y queratósicas en el pie izquierdo.



Figura 3. Acercamiento e imagen dermatoscópica de la lesión subungueal del primer orjejo izquierdo.

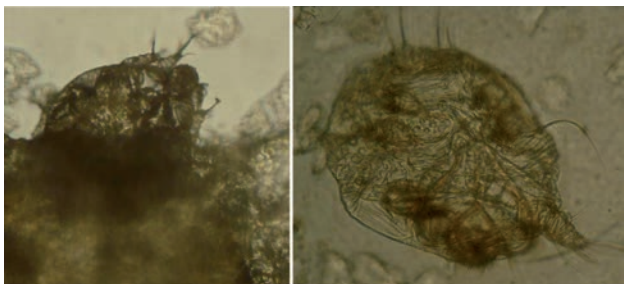


Figura 4. Al examen directo se observan ácaros obtenidos de la muestra subungueal del primer orjejo izquierdo.

El ácaro se localiza preferentemente en zonas con pocos folículos pilosebáceos, como: los pliegues interdigitales, las manos y, con menor frecuencia, los codos, los pies, los tobillos, el pene, el escroto, las nalgas y las axilas, con predominio en las palmas y las plantas.³ En la mujer también puede encontrarse en las areolas mamarias y la región periareolar.^{1,2} También se han descrito lesiones en la cara, el cuello, el cuero cabelludo y el tronco.^{1,3}

La sarna noruega comienza a manifestarse como la sarna vulgar pero con disminución o ausencia de prurito, lo cual dificulta el diagnóstico precoz, incrementando considerablemente el número de ácaros,^{2,5} a consecuencia se producen placas costrosas verrugosas.⁵ Las uñas aparecen característicamente engrosadas y decoloradas mostrando masas queratósicas, subungueales, llenas de ácaros.¹

La erupción de la sarna es variable y depende del grado de infestación, higiene personal, respuesta del paciente, evolución de la enfermedad y el tratamiento. El paciente puede tener una erupción generalizada eritematoescamosa con zonas hiperqueratósicas, lo que puede simular una reacción psoriasiforme,^{1,2} Puede aparecer linfadenopatía generalizada, eosinofilia en sangre, o ambas. En pacientes VIH positivos la sarna noruega es de peor pronóstico incrementando el riesgo de adquirir una sobreinfección.²

El diagnóstico se confirma con un examen microscópico de escamas cutáneas obtenidas por raspado de lesiones, observándose parásitos, huevos o heces del mismo.^{1,3} El tratamiento es difícil debido a la gran cantidad de parásitos que se presentan, y por la difícil penetración de la terapia tópica en las lesiones costrosas.⁵ El tratamiento recomendado por los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos es permetrina al 5% en crema,^{1,3,5} aunque se ha descrito que la dosis única de ivermectina de 200 mg en conjunto con la administración de queratolíticos tiene eficacia en la erradicación de la parasitosis.^{2,3,5} Aun así, no se ha aprobado para esta indicación por la FDA.³

Patricia Chang,¹ Mónica Vanesa Vásquez Acajabón²

¹ *Dermatóloga; pchang2622@gmail.com*

² *Estudiante de Medicina, electiva del Servicio de Dermatología.*

Hospital General de Enfermedades, IGSS

REFERENCIAS

1. Pérez ML, González S. Avances en el tratamiento de la escabiosis. *Actas Dermatol Dermatopatol (México)* 2004;4:50-55.
2. Díaz S. Sarna y sarna noruega: diagnóstico, prevención y tratamientos actuales. *Farm Hosp* 1998;22:1-9.
3. Carpio E, Velasco M, Millan F, Pujol C. Sarna noruega. Tratamiento con ivermectina. *Dermatol Dermocosmét Clin* 2011;4:259-260.
4. Gomez A, Trujillo H, López N, Dieguez C, Rocher C. Escabiosis: una revisión. *Dermatología CMQ* 2013;11:217-223.
5. Barron NE, Gutiérrez YZ, Castillo RW, Rodríguez BS. Sarna costrosa (sarna noruega): reporte de cinco casos. *Dermatología Peruana* 1998;8:37-41.