

PRESENTACIÓN DE CASO

Sarna noruega en adolescente supuestamente sano Norwegian scabies in a supposedly healthy teenager

Javier Martínez-Navarro^{1,2} 

¹Hospital General Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos. ²Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Javier Martínez-Navarro, correo electrónico: jmn771213@gmail.com

Recibido: 19 de septiembre de 2019

Aprobado: 12 de noviembre de 2019

RESUMEN

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. Se presenta el caso de un masculino mestizo de 15 años, que acude a consulta especializada de Dermatología por lesiones cutáneas de ocho meses de evolución, que se fueron haciendo generalizadas, acompañadas por pérdida de peso, estimada de diez kilogramos. Al examen físico, como dato positivo relevante, se describen lesiones cutáneas diseminadas eritematosas, papulosas y escamosas, con algunas excoriaciones por rascado. Se realiza biopsia de piel y el informe revela la presencia de ácaros en las capas más superficiales de la epidermis. El examen directo del raspado cutáneo, realizado en las regiones laterales de las manos, mostró la presencia de numerosos ácaros adultos y huevos. Se arriba a la conclusión diagnóstica de sarna costrosa, o noruega, indicando tratamiento tópico con permetrina (5 %), observándose mejoría notable a partir del tercer día de tratamiento. El paciente actualmente se mantiene bajo seguimiento y asintomático.

Palabras clave: SARNA NORUEGA; ESCABIOSIS; LESIONES PRURIGINOSAS EN PIEL.

Descriptor: ESCABIOSIS; INFESTACIONES POR ÁCAROS; SARCOPTES SCABIEI; ADOLESCENTE.

SUMMARY

Crusted scabies or Norwegian scabies is a rare and extreme manifestation of scabies that occurs mainly in immunosuppressed patients. It is characterized by intense inflammatory reaction and squamous, hyperkeratotic and little pruritic lesions with a tendency to generalization. This study presents the case of a 15-year-old mixed-blood male who comes to the specialized dermatology consultation for having eight-month-progress skin lesions, which became widespread, accompanied by an estimated weight loss of ten kilograms. As relevant positive data the physical examination reveals disseminated erythematous, papular and squamous skin lesions, with some excoriations due to scratching. Skin biopsy is performed and the report reveals the presence of mites in the most superficial layers of the epidermis. Direct examination of the skin scraping performed on the lateral regions of the hands shows the presence of numerous adult mites and eggs. The diagnostic conclusion of crusted or Norwegian scabies is reached, indicating topical treatment with permethrin (5 %), with a marked improvement at the third day of treatment. The patient is currently being followed up and asymptomatic.

Keywords: NORWEGIAN SCABIES; SCABIES; PRURITIC SKIN LESIONS.

Descriptors: SCABIES; MITE INFESTATIONS; SARCOPTES SCABIEI; ADOLESCENT.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis (E), o sarna, 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).⁽¹⁻³⁾

La SN es una enfermedad rara y altamente contagiosa, debido a la existencia de una gran cantidad de parásitos en las lesiones, incluidas



Citar como: Martínez-Navarro J. Sarna noruega en adolescente supuestamente sano. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020; 45(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1961>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

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.

PRESENTACIÓN DEL CASO

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 ecográficos, a las 42 semanas de edad gestacional, con buen peso y Apgar al nacer. No se recogen antecedentes familiares de interés.

Antecedentes patológicos personales: ocho meses atrás empezaron lesiones en la piel, localizadas en la cara interna de ambos brazos, intensamente pruriginosas y que se acompañaron de fiebre (38 grados Celsius) 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, tres veces al día.

Posteriormente, es valorado en consulta especializada de Dermatología del Hospital Pediátrico "Paquito González Cueto", de Cienfuegos, por presentar empeoramiento del cuadro dermatológico anteriormente referido. Se observaron las lesiones que 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 $\mu\text{mol/L}$.

Urea: 5 mmol/L .

Ácido úrico: 435 $\mu\text{mol/L}$.

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 dermatitis psoriasiforme (DP).

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

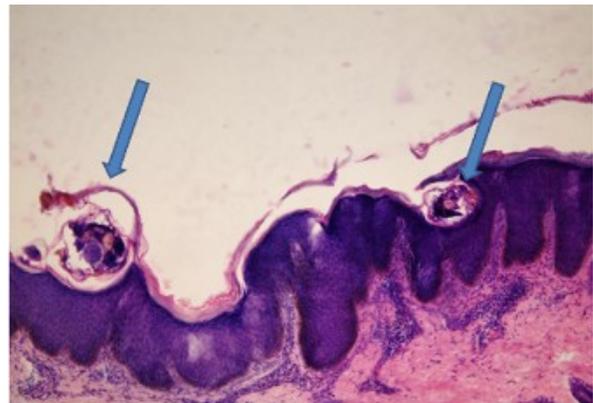
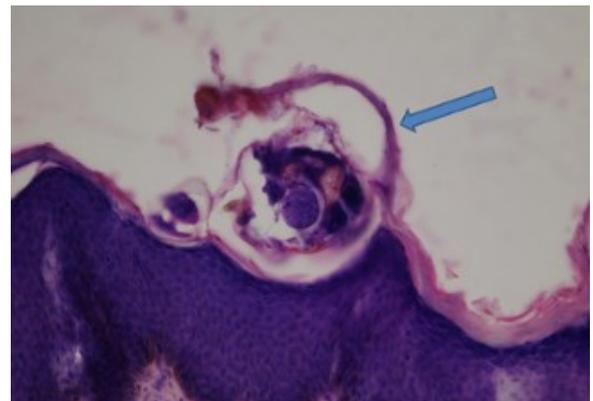


IMAGEN 2. Mejor visualización del parásito en la capa córnea (tinción hematoxilina/eosina 200x)



Se le realiza biopsia de piel y el informe revela la presencia de ácaros en las capas más superficiales de la epidermis (**imagen 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 y huevos.

Con estos elementos se arriba a la conclusión diagnóstica de sarna costrosa o noruega.

Se indica tratamiento tópico con permetrina al 5 %, observándose una mejoría notable a partir del tercer día del procedimiento. 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. 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, 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 DP, para lo que fue tratado, no presentando mejoría clínica. Las lesiones se diseminaron afectando tronco, cuello, piernas y miembros superiores, palmas de las manos incluidas.

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 DP 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 espongiiformes 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 esta forma clínica particular.

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 E 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 entidad.

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 con permetrina o ivermectina, sistémica y oral.⁽⁹⁾ No se comprobaron contagios relacionados con este paciente. La aplicación de permetrina 5 % tópica logró resolver el cuadro dermatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chang P, Quijada Ucelo ZM. Sarna noruega en un paciente inmunodeprimido. *Our. Dermatol. Online* [revista en internet]. 2017 [citado 30 de octubre 2019]; 8(4): 484-486. 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* [revista en internet]. 2017 [citado 30 de octubre 2019]; 21(12): 3408-3414. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds1712o.pdf>.
3. López Cepeda LD, Martínez Guerra EC. Sarna costrosa en una lactante con dermatitis atópica. Revisión de la literatura. *Rev. Cent. Dermatol. Pascua* [revista en internet]. 2015 [citado 30 de octubre 2019]; 24(2): 56-63. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2015/cd152c.pdf>.
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.* [revista en internet]. 2016 [citado 30 de octubre 2019]; 54(3): 397-400. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im163t.pdf>.
5. Ortiz M, Ruffini A, Gubiani ML, Pía Boldrini M, Pinardi B. Sarna costrosa. *Dermatolog Argent* [revista en internet]. 2015 [citado 30 de octubre 2019]; 21(4): 288-291. 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.* [revista en internet]. 2015 [citado 30 de octubre 2019]; 15(8): 960-967. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00132-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00132-2).
7. D'Atri GM, Candiz ME, Lois MS, Restifo EJ. Sarna humana: el ácaro y sus circunstancias. *Rev. Argent. Dermatol.* [revista en internet]. 2010 [citado 30 de octubre 2019]; 9(1). Disponible en: <https://rad-online.org.ar/2010/04/01/sarna-humana-el-acaro-y-sus-circunstancias/>.
8. Fujimoto K, Kawasaki Y, Morimoto K, Kikuchi I, Kawana S. Treatment for Crusted Scabies: Limitations and Side Effects of Treatment with Ivermectin. *J Nippon. Med. Sch.* [revista en internet]. 2014 [citado 30 de octubre 2019]; 81(3): 157-163. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/81/3/81_157/_pdf.
9. Mantero NM, Jaime LJ, Nijamin TR, Laffargue JA, De Lillo L, Grees SA. Sarna noruega en un paciente pediátrico con síndrome de Down: A propósito de un caso. *Arch. Argent. Pediatr.* [revista en internet]. 2013 [citado 30 de octubre 2019]; 111(6): e141-e143. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n6a15.pdf>.

Declaración de autoría

Javier Martínez-Navarro

 <https://orcid.org/0000-0002-9850-8165>

Realizó la concepción del artículo y la revisión bibliográfica. Participó en la discusión del caso. Elaboró las versiones original y final del artículo.

El autor declara que no existe conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.