

## Sarna noruega: a propósito de un caso

### Norwegian scabies: a propos a case

Selmary Hernández Del Pino<sup>1\*</sup>

Ariana Campero Nava<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico "Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [selmary@infomed.sld.cu](mailto:selmary@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

Dentro de las formas clínicas de la escabiosis está descrita la sarna noruega, caracterizada por la presencia de placas costrosas, amarillas y adherentes, donde se ocultan miles de ácaros vivos y sus huevecillos. Se presenta paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Hace un año comienza con prurito, más intenso en la noche, y posteriormente le aparecen "callos" en palmas de manos y plantas de pies, para lo que cual se indican triamcinolona crema y hojas de guayaba en baños. Las lesiones continuaron agravándose hasta que es remitido al servicio de Dermatología del hospital, donde por el estado del paciente se decide su ingreso. Se diagnostica sarna noruega y a pesar del tratamiento impuesto presenta complicación respiratoria y fallece. Aunque la escabiosis es frecuente en nuestro medio, no ocurre lo mismo con la forma costrosa, donde es necesario un diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar las complicaciones que pueden presentarse.

**Palabras clave:** escabiosis; sarna noruega.

#### ABSTRACT

One of the clinical forms of scabies is Norwegian scabies, characterized by the presence of yellow adherent crusted plaques where thousands of living acari and tiny eggs hide. A case is presented of a male 78-year-old patient with a history of hypertension and diabetes mellitus type II. A year ago the patient started with night-time itching, and then "calluses" appeared on the palms of his hands and the soles of his feet, which were treated with

triamcinolone cream and guava leaf baths. The lesions continued to worsen and the patient was referred to the dermatology service at the hospital, where it was decided to admit him. A diagnosis was made of Norwegian scabies, and despite the treatment indicated, the patient presented a respiratory complication and died. Although scabies is common in our environment, the same is not true of the crusted form, for which timely diagnosis and treatment are necessary to prevent the potential complications.

**Keywords:** scabies; Norwegian scabies.

Recibido: 12/03/2019

Aceptado: 02/03/2019

## Introducción

La escabiosis ha afectado históricamente a la humanidad. Se dan aproximadamente 300 millones de casos por año en el mundo. Dentro de la clasificación de sus formas clínicas está descrita la escabiosis costrosa o sarna noruega.<sup>(1,2,3,4)</sup>

Esta forma clínica fue descrita por primera vez por *Danielssen* y *Brock* en enfermos leproso de Noruega en el año 1848. Es una manifestación extrema de la escabiosis caracterizada por la presencia de miles de parásitos en el hospedero, que se observa principalmente en pacientes inmunosuprimidos, pacientes abandonados y desnutridos.<sup>(5)</sup>

Es una ectoparasitosis cutánea, producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. Se caracteriza por la presencia de lesiones en manos y pies, siendo estas placas costrosas, gruesas, amarillas y adherentes, que pueden fisurarse en zonas de flexión, donde se ocultan miles de ácaros vivos y sus huevecillos.<sup>(4,6)</sup>

En la escabiosis clásica del adulto se pueden encontrar entre 10 a 15 ácaros, pero en la sarna noruega encontramos miles, y pueden llegar hasta 1 millón de parásitos.<sup>(2,4,5)</sup> Varias epidemias descritas han sido originadas por casos individuales de escabiosis costrosa.<sup>(3)</sup>

## Caso clínico

Paciente masculino de 78 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, de dos años de evolución, para las cuales no

lleva tratamiento. Refiere que en la casa donde vive hay personas con diagnóstico de escabiosis. Hace aproximadamente un año comienza con prurito, más intenso en la noche, posteriormente le aparecen "callos" en las palmas de manos y plantas de pies, y observa además engrosamiento de la piel. Por este motivo es valorado por el médico de su área y se le indica tratamiento con triamcinolona crema cada 12 horas y hoja de guayaba en baños, sin mejoría evolutiva. Las lesiones se agravan y extienden a otras zonas del cuerpo, con prurito muy intenso, ansiedad y desesperación, por lo que llegó a autolesionarse. Es remitido al servicio de Dermatología del Hospital "Manuel Fajardo", donde debido a su estado se decide el ingreso.

### Examen dermatológico

Paciente con foto tipo cutáneo III (Fitzpatrick), que presenta numerosas lesiones localizadas en tórax e hipogastrio, cara interna de brazos y antebrazos, cara anterior de muslos y zona poplítea, caracterizadas por pápulas eritemato-escamosas, con excoriaciones y costras hemáticas que recuerdan huellas de rascado, escamas pequeñas, blanquecinas no oleosas, adheridas, pero de fácil desprendimiento. Además, presenta zonas liquenificadas, múltiples, predominando en zona costal, periumbilical, axilar, fosa poplítea y cara anterior del muslo, sin bordes precisos.

Manos y pies con hiperqueratosis, de color amarillo, de aproximadamente 0,5 cm de grosor, con superficie rasposa que asemeja piedra pómez, y escamas gruesas, duras, de tamaño mediano, difíciles de desprender. Fisuras en el área de flexión de dedos y palmas de las manos, de aproximadamente 1 cm de longitud, lineales y profundas, algunas de estas con secreción serohemática escasa, muy dolorosas al movimiento y a la palpación (Figs. 1 y 2).



**Fig. 1** – Lesiones hiperqueratósicas, amarillentas, en dorso y palmas de manos, con fisuras en el área de flexión de dedos.



**Fig. 2** – Lesiones hiperqueratósicas, costrosas, amarillentas, en plantas de pies.

En zona escapular bilateral y zona trocantérica se observan placas hiperqueratósicas, amarillentas, en número de dos, de forma circular, de aproximadamente entre 2 - 5 cm de diámetro, de superficie áspera, bordes definidos y consistencia indurada.

Todo este cuadro se acompaña de intenso prurito, predominantemente nocturno.

Onicodistrofia en uñas de los artejos, aumento del grosor longitudinal, coloración amarillo verdosa y pérdida de lustre en todas las uñas de manos y pies.

Estudios complementarios realizados:

- Test de Müller: Al microscopio se observa la presencia del ácaro *sarcoptes scabiei* (Fig. 3). En otra lámina se pueden apreciar los huevos del ácaro, así como también heces fecales del mismo (Fig. 4).



**Fig. 3** - Imagen al microscopio óptico donde se observa el parásito *sarcoptes scabiei*.



**Fig. 4** - Imagen al microscopio óptico donde se observan los huevos y heces del parásito.

- Hemoglobina: 10,3 g/L
- Eritrosedimentación: 93 mm/h
- Hierro sérico: 6,4 mmol/L
- VDRL, HIV: No reactivos
- Rayos x de tórax anteroposterior: Moteado de aspecto inflamatorio hiliobasal bilateral.

Se concluye el caso con el diagnóstico de sarna noruega, se indica tratamiento con ivermectina vía oral a 200 microgramos/kg de peso/dosis, pomada salicílica para las lesiones hiperqueratósicas, permetrina 5 % tópica, antibioticoterapia, e inmunomoduladores.

Se les explica a los familiares la importancia de cumplir con las medidas higiénicas y realizar el tratamiento correcto a todos los contactos del paciente.

A pesar de imponerse el tratamiento adecuado, el paciente presentó a los 6 días de hospitalización un cuadro de somnolencia y toma del estado general, por lo que fue valorado por el servicio de Medicina Interna. Se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se interpreta como una sepsis y se realiza cambio de antibiótico. No obstante, el paciente tiene una evolución tórpida y fallece.

## Comentarios

La sarna noruega (costrosa o hiperqueratósica) fue descrita por primera vez en ese país, en casos muy antiguos de escabiosis, sin tratamiento adecuado, con infestación masiva de parásitos en la piel y en personas de hábitos higiénicos inadecuados. Se ha observado

también en pacientes inmunodeprimidos, caquéticos y depauperados, así como en enfermos mentales.<sup>(5)</sup> En esta aparece una extensa descamación, con costras, las que están abarrotadas de ácaros. Hay una hiperqueratosis palmar y subungueal. Las escamas son gruesas, de color amarillo-verdoso, adherentes, que al desprenderse dejan aspecto de piedra pómez y puede ser eritrodérmica. Las áreas de presión son los sitios predilectos en los que aparecen las lesiones queratósicas, donde pueden hallarse los ácaros,<sup>(2,3)</sup> como se observa en este paciente.

El diagnóstico es definitivo si se descubren ácaros, huevos o heces. Una manera sencilla de buscarlos es colocar una gota de aceite en una hoja de bisturí y raspar una pápula o el extremo de un túnel hasta sangrar ligeramente, luego se vierte el aceite en un portaobjetos, se coloca un cubreobjetos y se observa al microscopio.<sup>(4)</sup>

El tratamiento consta de importantes medidas generales, además de un tratamiento escabiótico específico.<sup>(7)</sup>

Existen numerosos estudios que atestiguan la eficacia y seguridad del uso de la ivermectina oral en la sarna noruega.<sup>(1,7,8)</sup> En el tratamiento tópico de esta variedad se recomiendan sustancias queratolíticas para las lesiones hiperqueratósicas. La permetrina al 5 % debe aplicarse una vez cada semana durante seis semanas, mientras que en los seis días restantes debe aplicarse vaselina azufrada al 6 %.<sup>(2)</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed. New York: Elsevier; 2018. p. 1347-8.
2. Fitzpatrick T, Goldsmith L, Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 2971-2.
3. Arenas Guzmán R. *Dermatología*. 6 ed. México D.F: McGraw-Hill; 2015. p. 505-8.
4. Bollea GM, Soledad VA, Capacho ED. Serie parasitosis en Dermatología. Escabiosis. *Rev Hosp Ital*. 2016;36(2):75-8.
5. Peñate Molina R. Ectoparasitosis cutáneas. En: Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. *Dermatología*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 173-5.
6. Apt BW. Infecciones por parásitos más frecuentes y su manejo. *Rev Med Clin*. 2014;25(3):485-528.

7. Del Guidice P. Ivermectin in scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2002;15(1):23-6.
8. Carretero Ares JL, Giménez García R, Robles García M. Escabiosis. Revisión y actualización terapéutica. *F D C.* 2013;7(7):483-90.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses con la elaboración de este documento.

### **Contribución de los autores**

Selmary Hernández Del Pino (seguimiento del paciente, búsqueda bibliográfica, organización de la información y revisión final del artículo).

Ariana Campero Nava (confección de la historia clínica, seguimiento del paciente, búsqueda bibliográfica y redacción del artículo).