

Sarna noruega

Norwegian scabies

Thuyen Fong Fernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6819-1446>

Eliany de la C. Fernández Cedre¹ <https://orcid.org/0009-0004-8203-2870>

Dalayma Gorgui Laria¹ <https://orcid.org/0009-0009-9832-0929>

Nathaly de la C. Gálvez Frías¹ <https://orcid.org/0009-0005-6739-386X>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: thuyenfong@infomed.sld.cu

RESUMEN

La *sarna noruega*, forma clínica de la escabiosis es una zoonosis poco frecuente y altamente contagiosa. Es una enfermedad parasitaria producida por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, denominada así por haber sido descrita por primera vez en Noruega por Danielsen y Boeck en pacientes con lepra lepromatosa en 1848. Se produce por una infestación masiva de parásitos en la piel, en personas de hábitos higiénicos inadecuados, inmunodeprimidos, caquéticos y depauperados, así como en enfermos mentales, por lo que se considera que el medio es un factor primordial. Se presenta un paciente masculino de 62 años de edad, ingresado en el hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de octubre, con diagnóstico de *sarna noruega*. Debido a las secuelas de su enfermedad de base (mieloma múltiple) se encontraba parapléjico y las medidas higiénicas no eran adecuadas. Por lo poco frecuente de esta enfermedad resulta de mucho interés la presentación de este caso.

Palabra clave: sarna noruega; *Sarcoptes scabiei*; ivermectina.

ABSTRACT

Norwegian scabies, the clinical form of scabies, is a rare and highly contagious zoonotic disease. It is a parasitic disease caused by *Sarcoptes scabiei* variety *hominis*.

It is so named because it was first described in Norway by Danielsen and Boeck in patients with lepromatous leprosy in 1848. It is caused by a massive infestation of skin parasites in people with inadequate hygiene habits, immunosuppressed, cachectic and impoverished people, as well as in mentally ill people, so the environment is considered to be a primary factor. A 62-year-old male patient was admitted to 10 de octubre Clinical Surgical Teaching Hospital with a diagnosis of Norwegian scabies. Due to the after-effects of his underlying disease (multiple myeloma), he was paraplegic and hygiene measures were not adequate. Because of the rarity of this disease, the presentation of this case is of great interest.

Keywords: Norwegian scabies; *Sarcoptes scabiei*; ivermectin.

Recibido: 12/01/2024

Aceptado: 22/02/2024

Introducción

La escabiosis se produce por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, parásito obligatorio que se reproduce en la piel humana. Los machos mueren después de la fecundación, mientras que la hembra vive un promedio de 4 a 6 semanas en un túnel que excava en la capa córnea, al final del cual muere. Deposita entre 40-50 huevos en su trayectoria, que luego pasan por los estados de larva (ocho pares de patas), ninfa y adulto, en 14 días. La transmisión ocurre en estas etapas, dado que por cada persona hay alrededor de 10 a 15 parásitos adultos.^(1,4)

El período de incubación es de 2 a 6 semanas, luego de lo cual aparece una erupción generalizada por un fenómeno de sensibilización que estimula la formación de anticuerpos IgE. En los casos de sarna noruega o costrosa, por un defecto inmunitario del huésped, se encuentran miles de ácaros, así como cifras reducidas de IgA y altas de IgE. La aparición es insidiosa, muchas veces como una escabiosis común. Las lesiones son muy diseminadas y predominan en superficies de extensión, codos, rodillas, pequeñas articulaciones, palmas y plantas. Hay placas hiperqueratósicas eritematoescamosas de aspecto psoriasiforme con escamas gruesas de 3 a 15 mm, de color amarillo-verdoso, adherentes, que al desprenderse dejan un aspecto de piedra y pueden llegar hasta una

eritrodermia. Hay poco prurito y las uñas se engruesan y decoloran. Puede acompañarse de linfadenopatías y eosinofilia.^(1,5,6)

Se presenta con frecuencia en pacientes con síndrome de Down, trastornos mentales, lepra, embarazadas, alteraciones inmunitarias, en quienes usan glucocorticoides locales y especialmente en pacientes con SIDA. En homosexuales con infección por VIH aparecen lesiones en las nalgas y la región perianal.^(1,5)

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. En la sarna costrosa el raspado de las lesiones, con observación de las escamas o el material subungueal con aceite o hidróxido de potasio (KOH) o negro de clorazol, muestra abundantes parásitos. Son auxiliares el dermoscopio y la videodermoscopia. En el primero se observan estructuras triangulares de color marrón al final de líneas curvas blanquecinas (signo del triángulo o ala delta), la parte pigmentada corresponde a la parte anterior del parásito y la curvada a su parte posterior translúcida.^(1,2,3,5)

Caso clínico

Se presenta un paciente masculino de 62 años de edad, con antecedentes de mieloma múltiple, paraplejia, cirrosis hepática y hepatitis B crónica. Vive solo y tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, como el aseo personal. Refiere que desde hace tres años aproximadamente comenzó con lesiones en piel para las que nunca ha llevado tratamiento y ahora presenta decaimiento marcado, con empeoramiento del estado de la piel, úlceras en las piernas y aumento de volumen del abdomen y los miembros inferiores.

Examen dermatológico

Lesiones generalizadas eritematoescamosas, adherentes, de color gris verdoso, que afectan cara, cuero cabelludo, tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores (figs. 1 y 2). Uñas engrosadas y decoloradas. Presenta úlceras por presión grado III sobreinfestadas en la región lumbosacra y en miembros inferiores.



Fig. 1 – Lesiones eritematocostrosas, adherentes, de color grisáceo en tronco y miembros superiores.



Fig. 2 – Lesiones costrosas que toman cuero cabelludo, pabellones auriculares, y cara.

Se plantea diagnóstico de sarna noruega, se indican exámenes de laboratorio, los que se encontraron dentro de límites normales, excepto hemoglobina en 8,3 g/l y test de Muller en el cual se observaron los *Sarcoptes*, los huevos y las heces fecales (fig. 3).

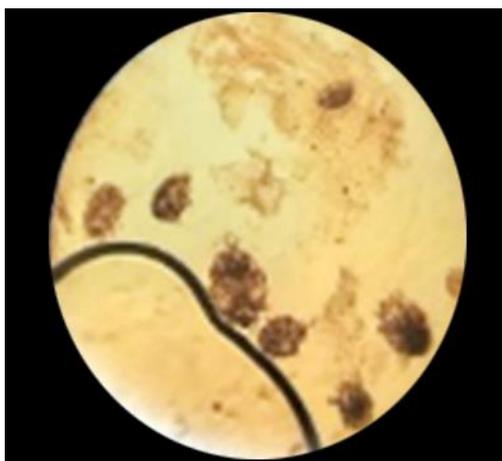


Fig. 3 – Presencia de parásitos, huevos y heces a la observación con el microscopio óptico.

Se confirmó diagnóstico de sarna noruega y se comenzó tratamiento con ivermectina (tab 6 mg) 2 tabletas/día (dosis única) y repetir la misma dosis al séptimo día, difenhidramina (tab 25 mg) 1 tableta cada 8 h y pomada de azufre al 10 % aplicada por 5 noches seguidas y retirar en las mañanas con agua y jabón. Además, se asocia antibioticoterapia por la sobreinfección bacteriana que presentaba.

Se indicó también tratamiento a todos los convivientes del hogar.

El paciente tuvo una evolución favorable con desaparición de todas las lesiones al egreso hospitalario (fig. 4).



Fig. 4 – Desaparición de las lesiones de cara, cuero cabelludo y pabellones auriculares 10 días después del tratamiento.

Comentarios

La *sarna noruega* es la manifestación más severa de la escabiosis y afecta principalmente a personas con algún tipo de inmunosupresión o encamadas.^(7,8) Nuestro paciente presentaba ambos factores, así como deficientes hábitos higiénicos.

Las lesiones típicas son placas hiperqueratósicas, eritematoescamosas y psoriasiformes, de color amarillento, debajo de las cuales se encuentran miles de ácaros.^(1,7,8) El tratamiento con ivermectina oral y sustancias queratolíticas tópicas presentó muy buenos resultados.^(7,8)

Conclusiones

Factores como el encamamiento y los hábitos higiénicos inadecuados son fundamentales en la aparición de esta forma clínica de escabiosis.

En dependencia de la extensión de la piel afectada es necesario utilizar tratamiento tópico y sistémico.

Referencias bibliográficas

1. Arenas Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7 ed. México, DF: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A.; 2019. p. 1025. [acceso 13/12/2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2775>
2. Fitzpatrick, Klaus W, Johnson R, Saavedra A. Atlas Dermatología Clínica. 7 ed. México D.F: Mc Graw Hill Education; 2014 [acceso 12/05/2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3068>
3. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas de La Habana. 2002 [acceso 12/05/2023]. p. 173. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu>
4. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew's Dermatología Clínica. San Francisco. California: Marbán. Tomo I. 2004 [acceso 12/05/2023]. Disponible en: <https://marbanlibros.com>
5. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4 ed. España: Elsevier; 2018.

6. Falabella R, Victoria Chaparro J, Barona Cabal MI. Fundamentos de Medicina Dermatología. 8 ed. Medellín, Colombia: CIB fondo editorial; 2017. [acceso 12/05/2023]. p. 354-68. Disponible en: <https://booksmedicos.org/fundamentosdemedicina-dermatologia-8va-edicion/>
7. Villeda Henry MA, Durñan Díaz C. Sarna noruega (costrosa). Dermatol Rev Mex. 2022;66(6):762-4. DOI: [10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8320](https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8320)
8. Center for disease control and prevention MMWR. Ectoparasitic infections, scabies. In: Sexually transmitted infections treatment guidelines 2021. 2021;70(4):126-8. DOI: [10.15585/mmwr.rr7004a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.