

## Sarna costrosa: Reporte de 4 casos.

### *Crusted scabies: 4 cases report.*

Florencio Cortez, Claudia Ramos, Soledad de la Cruz, Sergio Rodríguez, Eberth Quijano, Zaida Gutiérrez.

#### RESUMEN

La sarna costrosa o noruega es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por placas hiperqueratósicas, en paciente con comorbilidades que les provocan inmunosupresión. En ellos, el prurito es poco intenso y los parásitos se reproducen ampliamente provocando brotes en la comunidad e intrahospitalarios. En el Hospital Nacional Daniel A. Carrión la frecuencia de sarna costrosa es baja, pero durante 2009, los casos aumentaron de manera alarmante.

**PALABRAS CLAVES:** Escabiosis, Sarna noruega.

Dermatol Perú 2010; 20(4) 245-249

#### ABSTRACT

Crusted scabies is an uncommon disease characterized by hyperkeratosis plaques in a immunosuppressed patient because of multiples commorbidities.

In patients with is mobilities, pruritus has low intensity and parasitis can reproduce theirselves widely provoking community and hospitalarian outbreaks. In our hospital, the frequency of crusted scabies is too low, but in 2009, the number of cases has increased in an alarmant way. We report 4 cases seen this year in a context of this increasing incidence.

**KEY WORDS:** Scabies, Crusted scabies.

#### INTRODUCCIÓN

La sarna noruega o costrosa fue descrita inicialmente por Danielssen y Brock en enfermos leprosos en Noruega en 1848 y es causada por parásito microscópico, *Sarcoptes scabiei var hominis*, la cual sólo afecta a humanos. A diferencia de la sarna común, ésta se da en pacientes inmunosuprimidos cuya causa es usualmente VIH-SIDA, collagenopatías, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, síndrome de Down, uso crónico de corticoides, incluso tópicos, uso de metrotexate, quimioterapia, así como postración, demencia senil y retraso mental<sup>1-5</sup>. En series de casos peruanos, también ha sido asociada a HTLV llegando a encontrarla como comorbilidad en 69.6%<sup>6,7</sup>.

En la sarna clásica, la cual es provocada por unos pocos ácaros (3 a 50) distribuidos

<sup>1</sup>. Residente de Dermatología por la UNMSM del Hospital Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

<sup>2</sup>. Dermatólogo Asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

Recibido: 13-08-2010      Aceptado: 20-09-2010

en todo el cuerpo<sup>8,9</sup>, la inmunidad celular ocasiona una respuesta de linfocitos CD4 de tipo TH2, que activan linfocitos B, y eosinófilos produciendo la liberación de citoquinas IL4, IL10, que a su vez inducen la proliferación de mastocitos y liberación de aminas vasoactivas, responsables del prurito intenso. En la sarna noruega, la inmunosupresión provoca la ausencia de estos mecanismos, alterando su principal síntoma, su cuadro clínico y permitiendo a la enfermedad un curso crónico y al parásito una replicación masiva haciendo la enfermedad altamente contagiosa, lo que provoca brotes comunitarios e intrahospitalarios.<sup>8-12</sup>

En un brote reportado en México en 1999 a partir de un paciente con sarna costrosa y VIH en estadio III C hospitalizado por otro motivo, el número de casos secundarios, fue de 46, siendo el 71% trabajadores de salud y sólo un 6% de los afectados eran pacientes<sup>13</sup>.

Como en muchas otras partes del mundo, la escabiosis es una enfermedad endémica en el Perú. En el servicio de Dermatología del Hospital Carrión, el más grande hospital público del Callao, se atienden un promedio de 13500 pacientes al año. Entre ellos se diagnostican cerca de 230 casos nuevos de sarna común cada año y usualmente solo 1 caso anual de sarna costrosa, similar a lo visto en otros hospitales del país<sup>13-16</sup>. Sin embargo, durante el 2009, fueron diagnosticados 4 casos, los que se reportan a continuación.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

### Caso 1

Paciente femenina de 57 años, en mal estado general, pálida, adelgazada, excepto por el abdomen prominente, piel en general xerótica. Fue hospitalizada por ascitis, causada por carcinomatosis ovárica. Al examen se encuentra una placa hiperqueratósicas amarillentas en flanco derecho y otra en zona púbica que refirió como poco pruriginosas con un tiempo de enfermedad de 2 meses. Se tomo una biopsia de la lesión (Ver figuras 1 y 2).



**Figura 1:** Placa hiperqueatósica sobre cadera derecha.



**Figura 2:** Hiperqueratosis, descamación gruesa, amarillenta en zona púbica.

### Caso 2

Paciente femenina de 45 años, ama de casa, con antecedente patológico importante de Linfoma No-Hodgkin, portadora de infección por HTLV1. Presentaba placas descamativas amarillentas generalizadas, poco pruriginosas de 3 meses de evolución. Además de onicolisis en manos. Ante la sospecha clínica de sarna noruega se realiza un acarotest en el consultorio que resulta positivo a 4 cruces, observándose varios parásitos en un mismo campo de observación del microscopio. Se trato con Ivermectina, recibiendo dos dosis semanales pero al persistir las lesiones, se repitió la una tercera vez la dosis y se añadió Permetrina al 5% tópica a la terapia presentando mejoría luego de dos semanas (Ver figuras 3 y 4).



**Figura 3:** Descamación gruesa en la línea del cabello.



**Figura 4:** Onicosis e hiperqueratosis en el pliegue ungueal distal.

### Caso 3

Paciente femenina de 67 años, procedente del Callao, con antecedentes médicos de diabetes mellitus. Acude por pequeña placa hiperqueratósica amarillenta que se extiende entre el segundo y tercer dedo de pie izquierdo. Refiere que la lesión es poco pruriginosa. Ante la sospecha de sarna costrosa se realiza acarotest en el



**Figura 5:** Placas hiperqueratosis, en los 2 primeros dedos.



**Figura 6:** Acarotest, donde se muestran 4 parásitos en el mismo campo.

consultorio de dermatología, visualizándose varios ácaros. Se trató con Ivermectina y Permetrina 5% y después de 2 semanas el paciente mejoró (Ver figura 5 y 6).

### Caso 4

Paciente femenina de 64 años, procedente del Callao, con antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con Prednisona de 10 mg sin control médico. Recientemente le fue retirado un yeso en la pierna aplicado por fractura patológica. Acudió al consultorio de Dermatología por tener placas hiperqueratósicas amarillentas descamativas gruesas en ambas piernas y pies levemente pruriginosas desde hace 1 mes. Se diagnosticó sarna noruega, lo que fue confirmado con un examen directo de ácaros realizado en el consultorio. Recibió tratamiento con Ivermectina 1 vez a la semana por 2 veces y luego se agregó Permetrina 5% tópica 3 veces y mejoró. (Ver figura 7).



**Figura 7:** Descamación gruesa sobre base eritematosa en miembros inferiores.

## DISCUSIÓN

La escabiosis es una infección parasitaria común en el Perú, sin embargo, la sarna costrosa es rara<sup>17</sup>. En el 2009, se cuadruplicaron los casos con respecto a años anteriores. Los 4 casos expuestos anteriormente fueron de pacientes de sexo femenino de la cuarta década de la vida, quienes viven en la Provincia constitucional del Callao, no se halló relación entre los casos. Todas ellas tenían importantes comorbilidades causantes de inmunosupresión siendo estos linfomas, cáncer de ovario, artritis reumatoide con uso crónico de corticoides y diabetes no controlada. Todas tenían una enfermedad de curso indolente y fueron diagnosticadas en base a criterios clínicos, con comprobación microbiológica, la cual se caracterizó por un gran número de parásitos en la misma muestra, incluso varios por campo de observación microscópica. Dos de ellas presentaron lesiones localizadas, una de ellas en 2 dedos del pie y otra en zona lumbar unilateral y pubis. Es decir presentaron topografía inusual.

La combinación de ivermectina oral con escabicidas tópicos, fue exitosa, a diferencia del uso de solo la primera sola o la vía tópica sola, en este caso por la poca penetración del medicamento a través de las gruesas escamas<sup>18</sup>. Se ha usado además azufre al 5%<sup>19</sup> y benzoato de bencilo. Se ha reportado la curación completa a las dos semanas luego de un tratamiento oral con ivermectina con 200 ug/Kg dos veces con separación de una semana<sup>20</sup>.

Para mejorar la absorción de los medicamentos tópicos, emolientes y queratolíticos se aplican 2 veces al día con mejoría en 15 días<sup>21</sup> antes de iniciar el tratamiento. Usamos ivermectina oral a dosis de una gota por kg de peso corporal y permetrina tópica al 5% repetida entre 2-3 veces en intervalo semanal con buenos resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loja-Oropeza D, Vilca-Vásquez M. Sarna noruega (costrosa). Revista de la Sociedad Peruana de

Medicina Interna. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v19n2/a09v19n2.pdf>.

2. Hevia Y, Piquero J. Sarna Noruega inducida por corticosteroides tópicos. Dermatología Venezolana 1985;23:49-51.
3. Rodríguez M, Arteaga E. Reemergencia de la sarna noruega en nuestro medio. Rev Cub Med Trop 1997; 49(2):145-7.
4. Quero A, Sánchez L, Estrada R, Sánchez M, Osorio A. Sarna Noruega. Presentación de un caso que dio origen a un brote intrahospitalario de sarna típica. Dermatología CMQ 2010; 8(2):136-40.
5. Sánchez E, Tello R. Sarna Noruega: Presentación de un caso y discusión de la literatura. Folia. Dermatol. (Perú) 1998;9(3):30-2.
6. Blas M, Bravo F, Castillo W, Cairampoma R, Cabrera J, Eduardo Gotuzzo E. Sarna noruega y paraparesia espástica tropical en pacientes infectados con HTLV-1. Reporte de 3 casos y discusión de la literatura. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 2003;16(3):25-9.
7. Rengifo L, Cortez F, Quijano E, Onton J, Betanzos A. Sarna noruega y linfoma cutáneo en paciente HTLV1 positivo. Dermatol Peru 2007;17(1):48-51.
8. Gimeno E, Velasco M, Millan F, Pujol C. Sarna noruega: Tratamiento con ivermectina. Rev Int Dermatol Dermocosmet 2001;4(4):259-61.
9. Hernández B, Santana J, Martínez I y col. Sarna noruega. Evolución y Tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(3):261-4.
10. Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, Karanfil LV, Pryor PMG, Anhalt GchRE. An outbreak of scabies in a teaching hospital: Lessons learned. Infect Control Hosp Epidemiol 2001;22:13-8.
11. Lettau LA. Nosocomial transmission and infection control aspects of parasitic and ectoparasitic diseases. Part III. Infect Control 1991;12:179-85.
12. Elgueta A, Parada Y, Guzmán W., Molina P, González P. Brote de sarna en un hospital terciario a partir de un caso de sarna costrosa. Rev Chil Infect 2007;24(4): 306-10.
13. Fajardo R, Urdez E, Ysita A. Brote intrahospitalario de escabiosis a partir de un caso de sarna noruega. Salud Pública Méx 2004;46(3):251-4.
14. Hernández B, Santana J, Martínez J, Díaz de la Rocha A, Negrin L. Sarna Noruega.: Evolución y tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):261-4.
15. Barron E, Gutierrez Z, Castillo W, Rodriguez S. Sarna costrosa (Sarna Noruega): Reporte de 5 casos. Dermatol Perú 1998;8:3741.
16. Sanchez E, Tello R, Terashima A, Canales M, Bravo F, Del Solar M, Gotuzzo E. Experiencia de sarna noruega En El Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1980-1998. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/espan/abstractos/SARNA.htm>.
17. Sánchez E, Tello R, Falconi E, Cachay J, Aguilar JL, Álvarez H. Sarna Noruega en el Hospital Cayetano Heredia 1980-1993. Libro de resúmenes del XI Congreso Latinoamericano y I Congreso Peruano de Parasitología, Lima-Perú. 1993; p265.

18. Corbett E, Crossley I, Holton J, Levell N, Miller R, De Cock K. Crusted ("Norwegian") scabies in a specialist HIV unit: successful use of ivermectin and failure to prevent nosocomial transmission. *Genitourin Med* 1996;72:115-7.
19. Lazo L, Victoria H, Guerrero M, Pineria M. Sarna Noruega: Tratamiento con ivermectina. Reporte de un caso. *Arch Méd Camagüey* 2006;10(3). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211118136013.pdf>.
20. Chang P, Borjas A. Sarna noruega en un paciente con SIDA. *Dermatología CMQ* 2009;7(4):262-4.
21. Huang J, Ramos E, Sandoval L, Fachin C, Fachin R. Sarna noruega: Presentación de dos casos. *Dermatol Venez* 2007;45(2):24-7.

### **Correspondencia para el autor:**

Claudia Ramos Rodríguez  
Jr. Río Huaura 236. Lima 21. Perú.  
Correoelectrónico: clacrr@hotmail.com