

Sarna noruega

Rivas Pérez A¹, Veiga Vázquez A¹, González González A²

¹Centro de Salud de Verín

²Centro de Salud de Vilardevós
Orense

Varón de 50 años de edad. Entre sus antecedentes personales destaca cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos, miocardiopatía dilatada, dislipemia mixta, diabetes no insulino dependiente e hipertensión arterial. En tratamiento con valsartan 320, atorvastatina 20, metformina 850, furosemida 40 y bisoprolol 5 mg.

Acude a consulta y refiere un cuadro de prurito intenso de predominio nocturno con mayor intensidad en los pliegues epiteliales. También refiere lesiones en los antebrazos que en 24 horas evolucionan y se extienden a tronco, cuello y miembros inferiores hasta rodilla; respetan cara y palmas de las manos.

En la inspección destaca la presencia de lesiones papulosas, rojizas; en alguna de ellas se observa cierto componente descamativo central (**Figuras 1 y 2**).

Se le vuelve a interrogar y el paciente refiere que sus dos hermanos presentan el mismo cuadro: uno de ellos, de 50 años de edad, afectado de síndrome de Down, dependiente para todas las actividades de la vida diaria, el otro, con el que comparte las tareas de cuidadores del primero. No existe en ningún caso convivencia con animales.

Ante la sospecha clínica de escabiosis, reforzada por la presencia de los contactos familiares, sin que las lesiones observadas sean compatibles con un cuadro de sarna común, se decide remitir por telemedicina las fotografías de las lesiones al Servicio de Dermatología.



Figura 1



Figura 2

Se inicia tratamiento con permetrina, 5% tópica, y antihistamínicos orales.

A los 3 días de iniciado el tratamiento de nuestro paciente, el hermano deficiente que padece psoriasis leve, presenta un cuadro agudo y generalizado, con máculas eritematoescamosas que llegan a afectar a la práctica totalidad del tegumento cutáneo y le dan aspecto eritrodérmico, acompañadas de abundantes lesiones de rascado y gruesas placas queratósicas. Es ingresado en nuestro hospital de referencia, donde se le practica biopsia de las lesiones que confirma el diagnóstico de sarna costrosa o noruega. Se instaura tratamiento con permetrina 5% y antihistamínicos a los 3 pacientes.

En nuestro caso remite el prurito en el plazo de una semana y quedan lesiones residuales planas y con hiperpigmentación.

COMENTARIO

La sarna noruega, o sarna hiperqueratósica costrosa, es una dermatosis producida por el artrópodo *Sarcoptes scabiei var hominis*. Fue descrita por primera vez por Danielssen y Boeck en enfermos leproso en Noruega en 1848.

Se trata de una zooparasitosis de elevada contagiosidad producida por un parásito humano obligado, de distribución ubicua, que se trasmite por contacto cutáneo y excepcionalmente (como la sarna costrosa o Noruega) a través de fómites o del medio. Esta última variedad afecta de forma prevalente a pacientes con alteraciones inmunitarias, como pacientes con VIH, o los que reciben tratamiento esteroideo (sistémico o tópico), trasplantados, con neoplasias hematológicas, trastornos neurológicos donde está bloqueada la sensación de prurito, ancianos institucionalizados y

personas con síndrome de Down^{1,2,3,4,5}, como es el caso que nos ocupa, en quienes pueden concurrir de manera simultánea algunas características de los grupos anteriormente mencionados. También se ha descrito en aborígenes de zonas rurales de Australia sin inmunosupresión conocida.

Se trata de una enfermedad endémica en determinados países tropicales y responsable de epidemias en hospitales, casas de acogida o residencias de ancianos. En los últimos años se ha visto un incremento del número de casos por su relación con la infección VIH y por su desarrollo en niveles socioeconómicos altos en los que, debido a la mejoría experimentada en el higiene y aseo personal, su identificación está dificultada.

El síntoma más temprano y frecuente, como sucedió en este paciente, fue el prurito intenso de predominio nocturno. Se manifiesta clínicamente como una dermatosis psoriasiforme que afecta a manos y pies con hiperqueratosis de las uñas y erupción eritematosa descamativa en la cara, el cuello, el cuero cabelludo y el tronco. En casos extremos se ha llegado a describir eritrodermia con eosinofilia y poliadenopatías.

El retraso diagnóstico suele ser frecuente, ya que puede simular otras dermatosis descamativas propias del VIH, como la dermatitis seborreica o la psoriasis, o exantemas inducidos por fármacos. También hay que realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Darier, pediculosis, dermatitis herpetiforme e ictiosis vulgar. El diagnóstico de certeza se establece mediante la identificación microscópica del parásito *S. scabiei*, de los huevos o de las heces.

En la actualidad los tratamientos para eliminar el ácaro son muy eficaces, pero el paciente ha de saber que el picor puede tardar varias semanas en desaparecer, por lo que no deben reutilizarse los tratamientos que describimos a continuación, ya que se puede producir irritación por el uso excesivo de los mismos. El Center for Diseases Control (CDC) recomienda para el tratamiento de esta variedad de sarna permetrina al 5%, o lindane tópico al 1%, o ivermectacina en monodosis de 200 mg/Kg de peso.

La permetrina constituye el escabicida tópico de elección en países en los que se dispone de ella y es tan efectiva como el lindane y menos tóxica. Debe

utilizarse durante 12 horas, seguidamente lavarse y repetir el tratamiento al cabo de una semana.

La ivermectacina se perfila como el futuro tratamiento de primera línea de esta variedad de sarna. Es un antibiótico antiparasitario de amplio espectro, seguro y cómodo de administrar, algunos de cuyos efectos secundarios se han descrito (*rash*, fiebre, hipotensión, edema, linfadenopatía y esplenomegalia).

Es importante recordar que el tratamiento debe realizarse en todo el grupo de convivientes simultáneamente, y complementarse con el lavado de la ropa utilizada con agua bien caliente. Las medidas de aislamiento son fundamentales para evitar brotes nosocomiales o comunitarios de esta entidad tan contagiosa. La existencia de un gran número de casos en personas con estrecha relación personal puede ser el primer dato que nos sugiera el diagnóstico de una sarna noruega.

Como comentario final, hay que resaltar el notable incremento del número de pacientes afectados de sarna noruega, debido al aumento de pacientes inmunodeprimidos, institucionalizados... Por ello es fundamental pensar en este diagnóstico de cara a instaurar un tratamiento efectivo que evite los contagios masivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aubin F, Humbert P. Ivermectin for crusted (Norwegian) scabies. *N Engl J Med*;1995;332:612.
2. Cordiolani F, Vasseur E, Baccard M, Fournier S, Feuilhade M, Tancrede E. Ivermectin responsive crusted scabies in HTLV1 carrier. *Dermatology* 1996;192:351-2.
3. Del Giudice, Carles M, Couppie P, Bernard E, Lacour JP, Marty P. Successful treatment of crusted (Norwegian) scabies with ivermectin in two patients with human immunodeficiency virus infection. *Br J Dermatol* 1996;135:494-5.
4. Barnes L, MacCallister RE, Lucky AW. Crusted (Norwegian) scabies. Occurrence in a child undergoing a bone marrow transplant. *Arch Dermatol* 1987;123:95-97.
5. Walton SF, Beroukas D, Roberts-Thomson P, Currie BJ. New insights into disease pathogenesis in crusted (Norwegian) scabies: the skin immune response in crusted scabies. *Br J Dermatol* 2008;158:1247-55.