

## SARNA NORUEGA, UNA FORMA DE ECTOPARASITACIÓN TOTAL POR *SARCOPTES SCABIEI* EN EL HOMBRE

X. Jeremías

### ABSTRACT

Norwegian scabies is rare type of scabies. Recently several cases have been described in immunosupressed patients. We have seen a HIV infected patient with Norwegian scabies. He had erythroderma and widespread hyperkeratosis.

Key words: Norwegian scabies. AIDS. Sepsis. Epidemic outbreak. Sarcoptes.

Recepció: 20.05.1998; Acceptació: 30.06.1998; ISSN: 1134-7723

Dr. Xavier Jeremías. Cátedra de Dermatología, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona.

### RESUMEN

La sarna costrosa generalizada en el hombre (sarna noruega) es una epizoonosis de observación poco frecuente. Este tipo clínico se ha observado clásicamente en enfermos terminales graves en inmunocomprometidos por citostáticos, leucémicos, terapia prolongada con corticosteroides, etc. Recientemente se ha incluido en este colectivo a enfermos graves de SIDA.

Se comenta el caso clínico de un enfermo con SIDA terminal, el cual desarrolló una sarna noruega, así como las dificultades de aislamiento que se plantean en un hospital y la importancia epidemiológica de este tipo de pacientes.

### INTRODUCCIÓN

La sarna costrosa en el hombre es una variedad rara y muy aparatosa de ectoparasitación masiva por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Danielssen & Boeck, acuñaron el término de «Sarna Noruega» para definir esta variante clínica y

desde entonces ha sido universalmente aceptado. Consiste en la presencia de costras grisáceas de distribución simétrica en manos, codos, rodillas y tobillos; también suele extenderse a zonas normalmente no afectadas por la sarna típica, como son cabeza, cuero cabelludo y lechos ungueales. En ocasiones la efectación de la piel puede ser total (eritrodermia).

El cuadro clínico en la mayor parte de estos casos es el habitual, con prurito generalizado de predominio nocturno, aunque no siempre presente. El diagnóstico diferencial se plantea en estos casos con otros síndromes papuloescamosos como psoriasis, pitiriasis rubra pilaris, sífilis, etc.

## CASO CLÍNICO

Varón de 28 años de edad, fumador de 40 cigarrillos, adicto a drogas por vía parenteral hasta hacía 4 años, cuando se detectaron los anticuerpos VIH, con antecedentes patológicos de infección por VIH grupo IV C 1 desde hacía un año por haber sufrido una neumonía por *Pneumocystis carinii* y tuberculosis pulmonar diagnosticada hacía 9 meses. Fue visitado en nuestro hospital consultando por el deterioro de su estado general y sensación distérmica desde hacía un mes, con la aparición de una erupción cutánea, pruriginosa, generalizada, constituida por placas hiperqueratósicas, descamativas, distribuidas por la casi totalidad del tegumento, a excepción de la espalda y partes distales de piernas. En manos y parte superior del tórax, se apreciaban lesiones excoriadas por rascado.

Su estado general era malo: caquéctico, deshidratado, febricular (37,5 °C) y desorientado. El resto de la exploración física fue normal a excepción de una hepatomegalia de 2 cm. En el hemograma se determinó: 11.200 leucocitos/mm<sup>3</sup> (46 % S); hemoglobina: 10,7 g/dl, trombocitos: 112.000/mm<sup>3</sup>. Las poblaciones linfocitarias con linfocitos totales: 500/mm<sup>3</sup>, linfocitos T4: 30/mm<sup>3</sup> (6 %). En la radiografía de tórax se observaban imágenes compatibles con tuberculosis residual, sin actividad. De los exámenes microscópicos de las escamas obtenidas por raspado se obtuvieron cutículas de ácaros adultos entre el estrato córneo epidérmico, lo que nos llevó a un diagnóstico concluyente de ectoparasitación masiva por *Sarcoptes scabiei*. Orientado como un cuadro clínico de sarna costrosa o noruega, se instauró tratamiento típico con queratolíticos y escabicidas: crotamitón, así como antihistamínicos por vía oral (clemastina).

## COMENTARIO

Las infestaciones por ácaro son frecuentes de observar en la clínica dermatológica habitual. Los ácaros pueden originar prurito y picaduras múltiples en extensas áreas de la piel. Los ácaros del grano (*Piemotes*) y los ácaros de las cosechas (*Trombicula*), son capaces de producir reacciones severas en el



Figura 1. Sarna noruega; hiperqueratosis en cuellos y pabellones auriculares, muy significativa.

hombre infestado, sin embargo, la ectoparasitación por ácaros más frecuente en el humano es la originada por el *Sarcoptes scabiei*, generador de la sarna clásica o escabiosis.

El «arador de la sarna», nombre con el cual también se describe al parásito, puede afectar tanto al hombre como a otros animales domésticos, siendo poco específico de especie, si bien es cierto que la sarna animal, generalmente se debe a la participación de ácaros de otro género. La hembra del *Sarcoptes* excava unas galerías en el espesor de la piel que le sirven tanto para protegerse como para alimentarse. El ciclo vital se desarrolla por lo general entre los 18 y 20 días, pasando por las diferentes etapas de huevo, larva, ninfa, protoninfa e imago.

La transmisión de la enfermedad se realiza tanto por contacto directo, como a través de la ropa y sábanas contaminadas. El período de incubación se estima entre 30 y 60 días. La sarna suele darse en ciertas colectividades y



Figura 2. Sarna costrosa (noruega), detalle de las manos.

puede causar pequeñas epidemias en colegios, campamentos, guarderías, etc., al igual que acontece con otras parasitosis como la pediculosis del cuero cabelludo.

En cuanto a sus manifestaciones clínicas destacan el prurito generalizado, de predominio nocturno. La etiología del prurito obedece a la sensibilidad de huésped frente a proteínas del exoesqueleto del parásito, y hasta que este fenómeno no tiene lugar, el diagnóstico es prácticamente imposible, al no establecerse ninguna sintomatología. La lesión elemental propia de la escabiosis es el «surco acarino», lesión papulomatosa longitudinal de no más de 4 mm en cuyo interior suele hallarse una pequeña masa globosa que corresponde al ácaro. Otras formas más evolucionadas son las constituidas por excoriaciones, eczematizaciones y grandes áreas de eritema. Existen unas localizaciones selectivas de esta forma de parasitismo: región periumbilical espacios interdigitales, pliegues glúteos, área genital en el varón y areola mamaria en la mujer, axilas, brazos y muslos. La cabeza y la cara suelen quedar siempre indemnes excepto en la forma generalizada de sarna.

La sarna noruega, es una forma particularmente severa, en la que las lesiones son más costrosas y la invasión masiva, afectándose incluso las palmas de las manos y las plantas de los pies. Esta forma es frecuente de observar en enfermos con alteraciones del sistema inmunológico, tal como se ha comentado anteriormente, también se ha descrito en retrasados mentales, mal nutridos y en ancianos caquéticos.

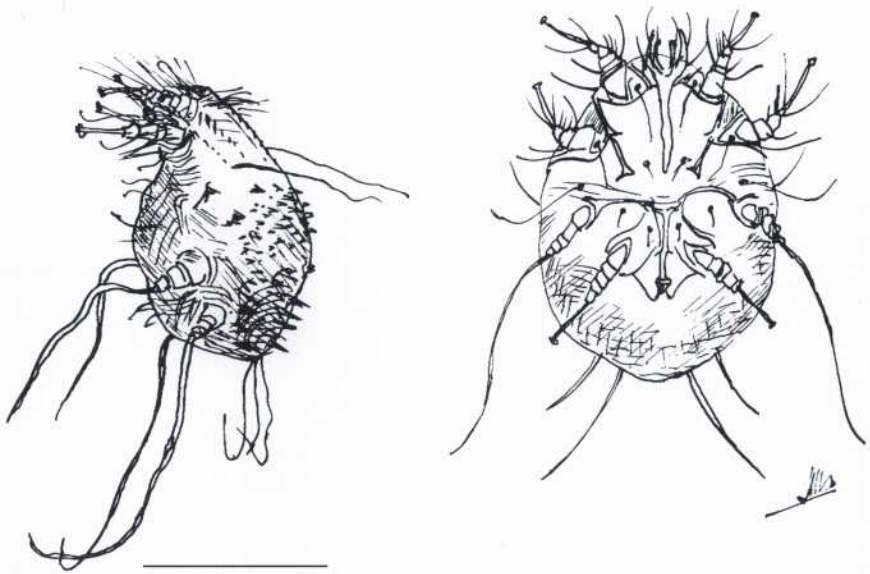


Figura 3. *Sarcoptes scabiei*, visión lateral y ventral. De un apunte del natural a 200x.

Actualmente cada vez se ve más este tipo clínico de sarna, especialmente en enfermos con alteraciones severas de la inmunidad, p. ej. en pacientes con SIDA, leucemia, caquexia cancerosa, síndrome de Bloom y en tratamientos prolongados con corticoides o citostáticos. Nosotros pudimos estudiar el caso de un paciente ingresado en nuestro hospital por complicaciones severas consecuentes con el síndrome de la inmunodeficiencia humana, que presentaba lesiones costrosas por todo el tegumento cutáneo, especialmente en manos, tronco, pabellones auriculares y escroto. A la compleja fenomenología clínica se había añadido una nueva, el prurito. Este era cíclico y de predominio nocturno, lo que generó una consulta dermatológica que concluyó con el diagnóstico de sarna generalizada.

Estos pacientes generan gran descamación epidérmica, las costras y escamas de piel que desprenden están infestadas de sarcoptes, con gran capacidad infectante. Está admitido que un caso de sarna costrosa, no tratado ni aislado, puede generar un brote epidémico de sarna humana. Este fenómeno en un hospital siempre plantea serias dificultades de aislamiento. Esta infección, altamente contagiosa, requiere realizar tratamiento profiláctico en el personal sanitario relacionado directamente con el paciente, así como a miembros de la familia que han estado en contacto con el enfermo.

Los casos de SIDA terminal son frecuentes en nuestro hospital, y dada la prevalencia de la enfermedad en todo el mundo, no es raro que cada vez más

se comuniquen casos como el nuestro en la prensa médica. El nuestro será un dato más en el conjunto de complicaciones de esta enfermedad.

## REFERENCIAS

- BURKHART, C. G., 1993. Scabies: An epidemiologic reassessment. *Ann. Intern. Med.*, 98: 498-503.
- PAOLI, R.T. DE & MARKS, V. S., 1987. Crusted (Norwegia) scabies: treatment of nail involvement. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 17: 136-139.
- JEREMÍAS, J., FERRER, E., SERRANO, E., DROBNIC, L. & MOISET, A., 1994. Dermatitis hiperqueratósica en un paciente con infección. *Enfem. Infec. Microbiol. Clin.*, 12: 47-48.
- GLOVER, R. G., JOUNG, L. & GOLTZ, R. W., 1987. Norwegian scabies in acquired immunodeficiency syndrome: report of a case resulting in death from associated sepsis. *J. Am. Acad. Dermatology*, 16: 396-397.
- DONABEDIAN, H. & KHAZAN, U., 1992. Norwegian scabies in a patient with AIDS. *Clin Infect. Dis.*, 14: 162-164.