

Sarna noruega en un paciente pediátrico con síndrome de Down. A propósito de un caso

Norwegian scabies in a pediatric patient with Down syndrome, a case report

Dra. Natalia M. Mantero^a, Dra. Lorena J. Jaime^a, Dra. Tamara R. Nijamin^a, Dr. Jorge A. Laffargue^a,
Dr. Leonardo De Lillo^b y Dra. Susana A. Grees^a

RESUMEN

La sarna noruega es una variedad muy infrecuente¹ de la escabiosis que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos. Debido a la gran cantidad de parásitos presentes en las lesiones, las manifestaciones clínicas son mucho más intensas que en las formas habituales de sarna y es altamente contagiosa. Se describe el caso de un niño con síndrome de Down con este tipo de parasitosis, que presentó una respuesta muy satisfactoria al tratamiento combinado con queratolíticos, emolientes, ivermectina y acaricidas tópicos.

Palabras clave: sarna noruega, sarna costrosa, síndrome de Down, ivermectina.

SUMMARY

Norwegian (crusted) scabies is a rare and extreme manifestation of scabies that can be observed mainly among immunosuppressed patients. Due to the high number of scabies mites present in each lesion, crusted scabies symptoms are much more intense than in usual scabies and it is thus highly contagious. A case study of a child with Down syndrome and Norwegian scabies who shows a good response to a treatment combining keratolytics, emollients, ivermectin and topical scabicides is described.

Keywords: norwegian crusted scabies, down syndrome, ivermectin.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.e141>

INTRODUCCIÓN

La escabiosis o sarna es una ectoparasitosis que aún en la actualidad, a más de tres siglos de su primera descripción,² continúa siendo un importante problema de salud pública, con una prevalencia mundial estimada en más de 300 millones de casos anuales.³

La sarna noruega, también llamada hiperqueratósica o costrosa,⁴ es una variedad de escabiosis de presentación clínica grave y poco frecuente, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, parásito estricto del ser humano.

Esta rara forma de presentación, altamente contagiosa, fue descrita por primera vez en 1848 en pacientes noruegos que padecían lepra lepromatosa.⁵

Es poco habitual en personas sanas; se observa con mayor frecuencia en los portadores de algún tipo de inmunodeficiencia (infección por HIV, trasplante, uso de esteroides en altas dosis, diabetes, desnutrición, síndrome de Down, etc.), o asociada a procesos neurológicos o a retraso mental.

Los pacientes portadores de la trisomía 21 presentan una alta predisposición a las infecciones cutáneas. Esto puede atribuirse a la intensa xerodermia⁶ y a la disminución de los linfocitos T e IgG, entre otras causas. Tienen, además, una alteración en el mecanismo de rascado. Sin embargo, en el caso de esta parasitosis, la patogenia es aún dudosa.^{4,7}

Clínicamente afecta grandes superficies cutáneas a las que otorga un aspecto paquidérmico, con múltiples placas hiperqueratósicas fisuradas que predominan en el cuero cabelludo, las orejas, los codos, las rodillas, las palmas, las plantas y el dorso, acompañadas de hiperqueratosis subungueal.⁸ Si bien estas lesiones son poco sintomáticas, las complicaciones son frecuentes y pueden, incluso, causar eritrodermia de tipo psoriasiforme.

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante el estudio microscópico de las lesiones utilizando hidróxido de potasio al 10% o aceite mineral, que puede evidenciar un gran número de parásitos, huevos o heces.

Debido a la gran proliferación acariana y a las lesiones costrosas, este tipo de escabiosis es de difícil tratamiento y requiere, muchas veces, una terapia combinada para lograr un resultado eficaz, y evitar epidemias intrahospitalarias y de la comunidad.

a. Unidad Académica y Asistencial de Dermatología Pediátrica.

b. Unidad de Internación 5.
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Correspondencia:

Dra. Natalia M. Mantero: natymantero@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 17-7-2013

Aceptado: 14-8-2013

CASO CLÍNICO

Un paciente de 14 años, con diagnóstico de síndrome de Down y antecedente de cardiopatía congénita corregida quirúrgicamente, consultó a nuestro servicio por una dermatosis de 2 meses de evolución con ligero prurito.

En el examen físico se evidenciaban placas hiperqueratósicas, adherentes y costrosas, color amarillo-grisáceo, simétricas, con fisuras profundas y dolorosas, que asentaban sobre una base eritematosa en las manos, el tronco, las axilas, el abdomen y el dorso. También presentaba un engrosamiento de las láminas subungueales en ambas manos y pápulo-pústulas aisladas en el tronco y los miembros inferiores.

Debido a las características clínicas, se realizó el diagnóstico de sarna costrosa, por lo que se decidió su internación con aislamiento de contacto y se prescribió hidroxicina 50 mg cada 8 horas como antihistamínico. Se indicó una primera dosis de ivermectina de 0,2 mg/kg de peso por vía oral y un preparado queratolítico con urea al 10% más ácido láctico al 5% tópico, el cual se cambió posteriormente a vaselina salicilada al 10%, con franca resolución de las lesiones hiperqueratósicas.

Una vez disminuida la hiperqueratosis y mejoradas las fisuras, se inició el tratamiento complementario local con permetrina al 5% (días 0, 5 y 10) para el paciente y sus familiares. Se solicitaron hemograma, proteinograma, serologías para HIV y gammaglobulinas séricas, y se descartó el compromiso inmunitario.

El niño evidenció una mejoría notable a partir del quinto día de internación; al cabo del décimo día, se decidió su egreso hospitalario, sin lesiones costrosas y con una onicomadesis residual de las uñas de las manos. Finalizó el tratamiento local y la segunda dosis de ivermectina en forma ambulatoria, con controles hasta el día de la fecha por el Servicio de Dermatología.

COMENTARIO

El fuerte crecimiento y la concentración poblacional producidos en las últimas décadas generaron, en muchas ciudades del mundo, una crisis habitacional caracterizada por altos niveles de hacinamiento, sobre todo en los sectores de mayor vulnerabilidad social. Este factor es una de las variables que contribuyeron al aumento de la incidencia de la escabiosis. A esto se suma la aparición de enfermedades, como el SIDA, y el aumento de la supervivencia de los pacientes inmunodeprimidos, por lo que la sarna noruega

es una patología que no resulta ajena a este tipo de problemática social.

Esta variedad clínica no presenta la localización habitual ni la típica lesión elemental de la escabiosis, conocida como surco o galería.⁹ Compromete extensas áreas de piel con placas gruesas y friables, de coloración blanco-amarillenta y grisácea, por sectores fisurados, que otorgan un aspecto psoriasiforme. No hay prurito o es leve.¹⁰ Se observan, en muchos casos, linfadenopatías y eosinofilia en la sangre periférica. Entre los diagnósticos diferenciales debe tenerse en cuenta el eccema crónico, la psoriasis, la enfermedad de Darier, la ictiosis, la pitiriasis *rubra pilaris* y las queratodermias palmoplantares.

Debido a la alta contagiosidad de esta parasitosis, es fundamental extremar las medidas de prevención¹¹ para evitar su diseminación: aislamiento de contacto, baños diarios, lavado de ropa, higiene ambiental y tratamiento adecuado del grupo de convivientes.

Para mejorar la calidad de la piel y permitir una mejor penetración de los agentes sarcoptídeos, es necesario el tratamiento con queratolíticos y emolientes tópicos, lo que facilita la eliminación de las escamo-costrosas. El tratamiento tópico, por sí solo, no resuelve la patología;² la ivermectina es el tratamiento sistémico de elección para este subtipo clínico.¹³ Se utiliza en dosis de 0,2 mg/kg en pacientes mayores de 5 años o con más de 15 kg de peso, especialmente en los que presentan sarna noruega o alguna otra dermatosis que impida el tratamiento tópico. Se contraindica su uso en embarazadas, mujeres que amamantan o pacientes con alteraciones hepáticas graves.

La ivermectina, miembro de las avermectinas, lactonas macrocíclicas producidas por *S. avermitilis*, es un fármaco seguro, eficaz, con efectos colaterales mínimos, que ejerce su acción antiparasitaria al unirse selectivamente a los canales GABA y que causa la muerte del parásito por parálisis muscular e inanición.^{3,14}

Como no actúa sobre los estadios más jóvenes, diversos estudios demostraron que, para obtener mayor eficacia, se requiere una nueva dosis a los 15 días.

CONCLUSIONES

La sarna noruega o costrosa es una forma particular de escabiosis altamente contagiosa y poco frecuente en personas sanas. Su tratamiento debe ser temprano y adecuado para evitar su evolución y sus complicaciones.

FIGURA 1. Placas queratósicas amarillo-grisáceas, adherentes, sobre una base eritematosa en las axilas, las aréolas, el abdomen, la región inguinal y el dorso de las manos



La mejor opción para erradicar el parásito es una terapia combinada. Se utiliza ivermectina junto con permetrina al 5% en crema, y queratolíticos, como la urea o el ácido salicílico, para eliminar las escamas y las costras, y mejorar la penetración de los acaricidas tópicos. Por último, es importante destacar las medidas higiénicas, solicitar un estudio inmunológico para descartar la presencia de inmunodepresión, e implementar un tratamiento pertinaz a fin de evitar la propagación y el contagio de la enfermedad. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez L, Gorostiaga G, Rivelli V, Aldama Caballero A. Sarna costrosa: revisión de 22 casos. *Dermatología CMQ* 2011;9(1):7-9.

FIGURA 2. Placas hiperqueratósicas con fisuras en ambas manos y compromiso de la lámina ungueal



2. Galvañ Pérez del Pulgar JI. Historia de la sarna. *Piel* 2004;19:533-7.
3. Karthikeyan K. Treatment of Scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J* 2005;81:7-11.
4. Fontenelle E, Dale Figueiredo Roisman A, Moura de Almeida AP. Sarna costrosa en un lactante desnutrido. *Dermatol Pediatr Lat* 2007;5(2):125-9.
5. Santos-Juanes J, Galache C, Martínez-Cordero A, Curto JC, et al. Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos. *Rev Esp Sani Penit* 2001;3:49-54.
6. Cammarata F, Piquero-Casals J. Alteraciones dermatológicas en el Síndrome de Down. *Dermatología Venezolana* 2005;43:4-6.
7. Madan V, Williams J, Lear JT. Dermatological manifestations of Down syndrome. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:623-9.
8. Galiana A, Bonasse J, Salmentón GM. Sarna costrosa: una forma inusual de escabiosis. *Arch Pediatr Urug* 2003;74(1):22-25.
9. De Hoyos López MC, Pascual Pérez JM. Escabiosis y pediculosis. *Pediatr Integral* 2008;12(4):365-374.
10. Giardelli M, Larralde M, Picone Z, Rubinson R, et al. Pediculosis y escabiosis. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(1):69-74.
11. Hernández Rodríguez BI, Santana Gómez JA, Martínez Hernández I, Díaz de la Rocha Quevedo A, et al. Sarna Noruega. Evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Med Gen Int* 2000;16(3):261-4.
12. Nofal A. Variable response of crusted scabies to oral ivermectin: report on eight Egyptian patients. *JEADV* 2009;23:793-7.
13. Huang JG, Ramos E, Sandoval L, Fachin C, et al. Sarna Noruega. Presentación de dos casos. *Dermatol Venez* 2007;45(2):24-27.
14. Jairo V, MD, MSc. Uso de ivermectina en niños. *Dermatol Pediatr Lat* 2003;1(1):61-65.