

Sarna noruega en un paciente con SIDA

Crusted scabies in an AIDS patient

PATRICIA CHANG*, CARLOS ALFREDO BORJAS LEIVA**, VÍCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ***

*Dermatóloga, Hospital General de Enfermedades IGSS

**Electivo del Servicio de Dermatología, Hospital General de Enfermedades IGSS

***Patólogo, Hospital General de Enfermedades IGSS

RESUMEN

SE REPORTA EL CASO DE UN PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD CON SIDA DE 11 AÑOS DE EVOLUCIÓN Y PRESENTACIÓN CONCOMITANTE DE SARNA COSTROSA GRAVE Y BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON IVERMECTINA.

PALABRAS CLAVE: SIDA, SARNA NORUEGA, IVERMECTINA

ABSTRACT

WE REPORT A SEVERE CRUSTED SCABIES IN A 43 YEAR-OLD MALE WITH AN ELEVEN YEARS HISTORY OF AIDS WITH GOOD RESPONSE TO TREATMENT OF THE PARASITIC DISEASE WITH ORAL IVERMECTIN.

KEYWORDS: AIDS, NORWEGIAN SCABIES, IVERMECTINA

Caso clínico

Se evaluó a un paciente masculino de 43 años de edad hospitalizado en el Servicio de Infectología con dermatosis generalizada que predomina en codos, dorso, glúteos, pubis y genitales, constituida por gruesas placas hiperqueratóticas amarillentas y múltiples costras hemáticas (fotografía 1).

El resto del examen físico reveló en los pies onicomicosis y nevos intradérmicos subungueal distal y lateral.

Inició su padecimiento hace ocho meses con prurito en el abdomen, que poco a poco aumentó en diferentes sitios del cuerpo y en intensidad; recibió múltiples tratamientos con antibióticos y cremas con corticosteroides sin obtener alivio hasta llegar a su estado actual.

Tiene como antecedentes padecer síndrome de inmunodeficiencia adquirida desde hace 11 años, y haber abandonado su tratamiento durante un año.

A su ingreso mostró conteo de CD4 de 30 y se le instituyó tratamiento a base de lamiduvina, 15 mg/d; estaduvina, 40 mg/d; y lopinavir más ritonavir, 200 mg, cada 12 horas.



Fotografía 1. Gruesas placas hiperqueratóticas amarillentas antes del tratamiento con ivermectina.

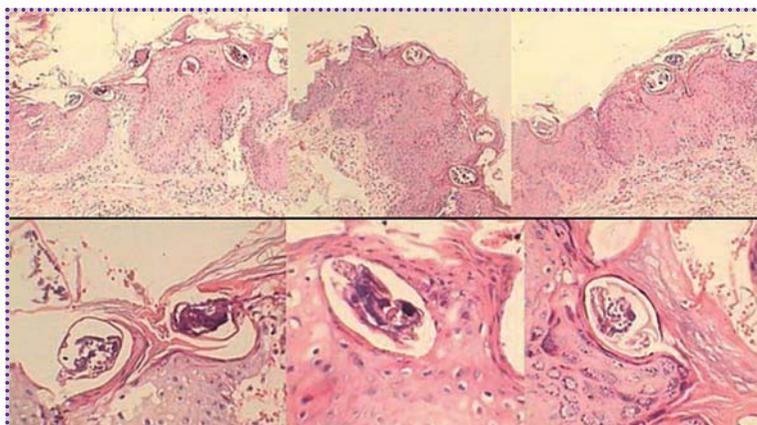
CORRESPONDENCIA:

Doctora Patricia Chang
Hospital Ángeles, 2 Av., 14-74, zona 1, Guatemala, C.A.
Correo electrónico: Pchang2622@gmail.com

Con estos datos clínicos se diagnosticó sarna costrosa y se practicó un examen directo que mostró la presencia de *Sarcoptes scabiei*. La biopsia de piel mostró hiperqueratosis con presencia de ácaro, así como hiperplasia pseudoepiteliomatosa (fotografía 2). Se le administró 200 mcg/kg de peso de ivermectina en dos dosis, con lo que se logró una curación completa a las dos semanas de tratamiento (fotografía 3).

Comentario

El presente caso es interesante por la grave manifestación clínica de la sarna noruega, favorecida por su estado de inmunodepresión y la excelente repuesta con dos dosis de ivermectina.



Fotografía 2. La histología mostró hiperqueratosis con presencia de múltiples ácaros e hiperplasia pseudoepiteliomatosa.



Fotografía 3. Control postratamiento con una segunda dosis de ivermectina.

La sarna es una patología emergente en los últimos años, que se relaciona sobre todo con el VIH.¹ Ha aumentado considerablemente su incidencia en pacientes inmunocomprometidos por la infección de VIH, por corticoterapia sistémica o tópica, por trasplantes o hemopatías, y en personas con retraso mental o con trastornos neurológicos.²

La aparición en pacientes con sida es generalmente atípica. Se relaciona con un conteo de linfocitos T CD₄ por debajo de 150/mm.^{3,8,6}

La sarna costrosa, o noruega, es una variedad clínica particularmente contagiosa descubierta en pacientes con enfermedad de Hansen.² Se ha descrito su alto grado de contagiosidad debido al gran número de ácaros —miles en algunos casos— que se encuentran en las lesiones cutáneas.^{3,4} Se han reportado también múltiples epidemias a partir de un caso único,⁵ razón por la cual es muy importante realizar un diagnóstico temprano de esta parasitosis cutánea.^{5,6} Por otra parte, es común la dilación, hasta de varios meses, para establecer el diagnóstico, por lo que se considera que el reto principal es sospecharla.⁵

Sus manifestaciones son variadas en pacientes con infección de VIH: lesiones como placas costrosas, pápulas rojas, placas psoriasiformes y placas hiperqueratósicas de color amarillo, semejantes a la enfermedad de Darier.⁷ El prurito puede estar ausente y no es tan intenso como en la de la escabiosis vulgar.^{7,8} Afecta por lo general grandes áreas del cuerpo, y casi siempre lo vemos en las extremidades, aunque también se encuentra con frecuencia en espalda, cara, glía aponeurótica y lecho ungual.^{7,8,9} También se aprecian hiperqueratosis abundantes en áreas de presión, como codos, rodillas, nalgas, palmas de manos y plantas de pies, así como orejas, cuero cabelludo y uñas, las cuales contienen miles de ácaros en diferentes estadios de su ciclo evolutivo.^{3,4}

La dificultad de diagnosticar esta enfermedad estriba no sólo en la variedad de entidades dermatológicas escamosas que simula, sino también en su posible coexistencia con otras dermatosis y al enmascaramiento por lubricantes.^{10,11} Puede presentar características de dermatitis seborreica, psoriasis o reacción inducida por droga.⁷

Su diagnóstico se confirma con el examen microscópico de escamas cutáneas mediante raspa-

do de las lesiones, con presencia de parásitos, huevos y heces.²

En casos particulares, el estudio microscópico de las escamas teñidas con hematoxilina y eosina ha permitido identificar distintos fragmentos del ácaro y algunos huevecillos. Se ha comentado que, debido a que los ácaros suelen protegerse bajo las uñas, donde persisten y proliferan, el material subungueal es muy útil para detectarlos.⁵

Para tratar esta enfermedad —realizado el diagnóstico— se presentan dos retos: la enorme cantidad de parásitos en el paciente y la poca penetración cutánea que puede tener el tratamiento tópico.¹² Por estos motivos, una buena opción es la ivermectina: un tratamiento seguro, de fácil administración, particularmente eficaz en pacientes inmunodeprimidos,⁹ con ningún efecto secundario, o algunos leves, si acaso. Por ejemplo, en un estudio reciente, la cefalea transitoria fue el único efecto indeseable y remitió con analgésicos comunes.¹³ Otros estudios no reportan efectos adversos.¹⁴

La dosis óptima es de 200 µg/kg de peso, vía oral, en dosis única,² aunque se puede repetir con un intervalo de entre 10 y 15 días. Se ha encontrado curación con una sola dosis en 27.5%, con una segunda dosis en 57.5% y con una tercera dosis en 7.5%. Es decir, 92.5% se curó con una, dos o tres dosis.¹³ En tres pacientes tratados por Arenas y cols., dos tuvieron una curación completa con dos dosis, y al tercero hubo que agregarle tratamiento tópico con benzoato de bencilo.¹³

Del presente caso, lo interesante es la extensión severa (eritrodérmica) de la sarna debido a su inmunosupresión y, por otro lado, la excelente respuesta a dos dosis de ivermectina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Usha V, Gopalakrishnan Fair TV. "A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies". *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 236-240.
2. Gimeno Carpio E, Velasco Pastor M, Millán Parrilla F, Pujol Marco C. "Sarna noruega. Tratamiento con ivermectina". *Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética Clínica* 2001; 4: 259-261.
3. Sánchez EE, Tello R, Falcón E y cols. "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, 265.
4. Barrón E, Gutiérrez Z, Castillo W, Rodríguez S. "Sarna costrosa (sarna noruega). Reporte de 5 casos". *Dermatología Peruana* 1998; 8: 37-41.
5. Fajardo-Velázquez R, Urdez-Hernández E, Ysita-Morales A. "Brote intrahospitalario de escabiosis, a partir de un caso de sarna noruega". *Salud Pública Méx* 2004; 46(3): 252-254.
6. Portu JJ, Santamaria JM, Zubero Z, Almeida-Llamas MV, Aldamiz-Etxebarria M, Rubio Gutiérrez A. "Atypical scabies in HIV-positive patients". *J Am Acad Dermatol* 1996; 34(5): 915-917.
7. Schlesinger I, Oerlich DM, Tyring SK. "Crusted (Norwegian) scabies in patients with AIDS: The range of clinical presentations". *South Med J* 1994; 87: 352-356.
8. Orkin M. "Scabies in AIDS". *Semin Dermatol* 1993; 12: 9-14.
9. Cestari SC, Petri V, Rotta O, Alchorne MM. "Oral treatment of crusted scabies with ivermectin: Report of two cases". *Pediatric Dermatol* 2000; 17: 410-414.
10. Almond DS, Green CJ, Geurin DM, Evans S. "Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction". *Br J Dermatol* 2000; 230: 35-36.
11. Haydon MJR, Caplan MR. "Epidemic scabies". *Arch Dermatol* 1971; 103: 168-172.
12. Alberici F, I L, Ratti G, Viale P. "Ivermectin alone or in combination with benzyl benzoate in treatment of human immunodeficiency-associated scabies". *Br J Dermatol* 2000; 142: 969-972.
13. Morales L, Arenas R. "Escabiosis, tratamiento de 40 pacientes con ivermectina oral". *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* 2006; 4(4): 237-241.
14. Macotela-Ruiz E, Peña-González G. "Tratamiento de la escabiosis con ivermectina por vía oral". *Gac Méd Méx* 1993; 129(3): 201-205.