

## Sarna Noruega en dos miembros de una familia: a propósito de un caso Norway scabies in two family members. Case reports

\*<sup>1</sup>Dr. Norberto Esqueff Díaz  

<sup>2</sup>Dr. Elvis Ales Martínez  

<sup>1</sup>Especialista de I grado en Dermatología y Medicina General Integral. Asistente. Hospital Materno Infantil "Comandante Manuel Piti Fajardo". Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Güines, Cuba.

<sup>2</sup>Especialista de I grado en Medicina Interna y Especialista en organización y Administración de Salud. Asistente. Hospital Materno Infantil "Comandante Manuel Piti Fajardo". Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Güines, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Dr. Norberto Esqueff Díaz 

### RESUMEN

La sarna noruega o escabiosis costrosa es una enfermedad rara y extrema que fue descrita inicialmente por Danielssen y Brock en enfermos leprosos en Noruega en 1848. Se presenta en pacientes inmunodeprimidos, desnutridos, Síndrome de Down, leprosos, trastornos mentales, pacientes con VIH, embarazadas y hacianados. Con el objetivo de exponer la importancia del diagnóstico oportuno desde estadios iniciales de la enfermedad se presenta los siguientes casos. Pacientes adultos, miembros de una misma familia, que desde hacía 7 meses presentaban lesiones de piel inespecíficas de tipo eritematopapuloescamosas localizadas en extremidades y tronco las cuales se acompañaban de prurito. Uno de ellos presentó una pérdida de peso de 10 libras y fiebre en varias ocasiones. La evaluación diagnóstica fue a través del método clínico y al examen físico presentaban múltiples lesiones cutáneas generalizadas. Se evidencia como el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta parasitosis evita complicaciones y la transmisión comunitaria.

**Palabras clave:** sarna noruega, escabiosis, dermatosis parasitaria, sarcoptes scabiei

**Descriptor:** escabiosis/diagnóstico; enfermedades de la piel; sarcoptes scabiei

### ABSTRACT

Norway scabies or crust scabies is a strange and extreme disease which was initially described by Danielssen y Brock in leprosy sick people in Norway in 1848. It is presented in immunodepressed, un nourished, patients, as well as patients who suffer from leprosy, Down Syndrome, mental disorders, and HIV. It is also presented in pregnant women and people who live stacked. The following cases are presented with the objective to state the importance of the early diagnosis in initial stages of the disease. They were adult, members of the same family, who presented unspecific skin erythema papule crusted lesions that began seven months ago localized in extremities and trunk accompanied by pruritus. One of them complained of loss of weight of 10 pounds and recurrent fever. The diagnostic evaluation was made by the clinical method and on physical examination multiple cutaneous generalized lesions were found. It was evidenced that the early diagnosis and the pertinent treatment of this parasitoid disease avoid complications and the communitarian transmission.

**Key words:** norway scabies, scabies, parasite dermatitis, sarcoptes scabiei

**Descriptor:** scabies/diagnosis; skin diseases; sarcoptes scabiei

## INTRODUCCIÓN

La sarna noruega es una ectoparasitosis cutánea infrecuente, de comienzo insidioso y de alta contagiosidad, producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Las manifestaciones clínicas se presentan en manos y pies, incluida las áreas subungueales y las del cuero cabelludo, localizaciones que no son habituales en una escabiosis clásica, se observan además en extremidades, tronco, pabellones auriculares y párpados.<sup>(1)</sup> Son características las placas queratósicas con escamocostras gruesas, amarillentas y adherentes de aspecto vegetante, acompañadas de prurito leve o ligero.<sup>(2)</sup>

Por lo infrecuente que es este padecimiento dermatológico, su evolución crónica y la extrema contagiosidad, este trabajo tiene el objetivo de exponer la importancia del diagnóstico oportuno desde estadios iniciales de la enfermedad para realizar acciones encaminadas a detener la cadena de transmisión, mejorar el estado de la piel de los pacientes afectados con la terapéutica específica, así como, evitar infecciones secundarias.

### Información de los pacientes.

Se trata de dos pacientes adultos, miembros de una misma familia, uno masculino y otra femenina, ambos mestizos, de 39 y 35 años de edad, casados hace 10 años y sin hijos. Él es cuentapropista y ella ama de casa. Él presenta APP de diabetes mellitus tipo uno descompensada, hace meses y ella es obesa.

### Paciente masculino.

Refiere que, desde hace 7 meses, comienza a presentar lesiones de la piel, inespecíficas de tipo eritematopapuloescamosas, localizadas en extremidades y tronco, estas se acompañan de prurito. Acude en varias ocasiones a su consultorio médico donde se interpreta el cuadro como una dermatosis, alergias, tiña e incluso dermatitis psoriasiforme y lo tratan con clobetasol ungüento, gentamicina crema, ketoconazol crema, terbinafina crema, fluconazol tabletas, así como, antihistamínicos, difenhidramina, loratadina, ciproheptadina y esteroides, prednisona.

Su sintomatología cutánea mejora; pero a los días recurre el mismo cuadro. Transcurren los meses y se observa que las lesiones empeoran y aparecen en nuevas áreas del tegumento cutáneo como el cuero cabelludo, los pabellones auriculares, zonas de pliegues, área genital y glútea. El mismo paciente plantea que las lesiones han modificado su color, tamaño, son

fétidas y no pican tanto como al inicio. Presenta una pérdida de peso de 10 libras y fiebre en varias ocasiones, esta cede con los antipiréticos orales habituales, figura 1.

- Analítica realizada:
- Hemoglobina: 160 g/L
- Hematocrito: 45 %
- Leucocitos totales:  $14 \times 10^9$  L
- Segmentados: 42 %
- Linfocitos: 39 %
- Eosinófilos: 19 %
- VSG: 41 mm/h
- Urea: 4 mmol/l
- Creatinina: 79.4 mmol /L
- Ácido úrico: 445 mmol /L
- TGP: 23UI/L
- TGO: 21UI/L
- GGT: 45UI/L
- Fosfatasa alcalina: 165 U/L
- Tiempo de sangramiento: dos minutos
- Tiempo de coagulación: siete minutos
- Conteo de plaquetas:  $230 \times 10^9$  L
- Células LE: Negativo
- VDRL: No reactivo
- HIV: Negativo



**Fig 1.** Lesiones escamocostrosas e hiperqueratósicas pigmentadas en plano anterior, lateral y posterior del tronco, así como, en miembro superior derecho

### Paciente femenina:

Refiere que sus lesiones cutáneas aparecen 15 días después que las del esposo; pero no las relacionan, incluso nunca va a la consulta para que la valoren, hace en la casa y por su cuenta el mismo tratamiento del esposo. Sus lesiones también sufren las mismas modificaciones durante todos esos meses; pero en su caso además de afectarse las mismas áreas, ella plantea que los espacios interdigitantes de los dedos de ambas manos y las mamas son zonas comprometidas desde un inicio. No presenta pérdida de peso ni fiebre, figura 2.

- Analítica realizada:
- Hemoglobina: 140 g/L
- Hematocrito: 44 %

- Leucocitos:  $12 \times 10^9$  L
- Segmentados: 46 %
- Linfocitos: 40 %
- Eosinófilos: 14 %
- VSG: 38 mm/h
- Urea: 6 mmol/l
- Creatinina: 81.6  $\mu\text{mol/L}$
- Ácido úrico: 360  $\mu\text{mol/l}$
- TGP: 18UI/L
- TGO: 20UI/L
- GGT: 35UI/L
- Fosfatasa alcalina: 170 U/L
- Tiempo de sangramiento: dos minutos
- Tiempo de coagulación: ocho minutos
- Conteo de plaquetas:  $200 \times 10^9$  L
- Células LE: Negativo
- VDRL: No reactivo
- HIV: Negativo



**Fig 2.** Lesiones papuloescamocostrosas en tronco y placas escamocostrosas de aspecto vegetante, en el área periumbilical y el dorso de ambas manos

#### **Antecedentes familiares:**

Los pacientes viven solos y no se describen otros familiares con la enfermedad.

#### **Examen dermatológico:**

Se examina a ambos pacientes, estos presentan múltiples lesiones cutáneas generalizadas, con compromiso del cuero cabelludo, pabellones auriculares, párpados, tronco, extremidades, áreas genitales y áreas glúteas. Se observan incontables lesiones de tipo eritematopapuloescamocostrosas, placas de pequeño y mediano tamaño de tipo hiperqueratósicas que se asemejan a las placas de la psoriasis, con una coloración verdosa y escamas adherentes que al desprenderlas, dejan un aspecto de piedra pómez, en las áreas de pliegues, las lesiones tienen un aspecto vegetante, húmedas al tacto y fétidas.

Se observan lesiones hiperpigmentadas residuales, asociadas al rascado por prurito inicial que en el momento que se examinan a los pacientes, ya no lo referían. Las uñas se encuentran engrosadas y decoloradas, presentan ade-

nopatías cervicales e inguinales dolorosas a la palpación. No se comprueba infección secundaria.

#### **Evaluación diagnóstica:**

La evaluación diagnóstica de este caso se realiza a través del método clínico del interrogatorio, los antecedentes de convivencia, topografía y características de las lesiones, así como, el prurito nocturno. La confirmación es mediante un raspado de las lesiones cutáneas, para examen directo.

Examen directo: Fue realizado un raspado metódico, en las regiones laterales de las manos. Se monta la muestra en el microscopio con hidróxido de potasio (KOH) al 10 %, se muestra la presencia de numerosos ácaros adultos y huevos.

#### **Seguimiento, resultados e intervención terapéutica**

Posterior a la toma de muestras para el examen directo y con el resultado positivo, comienza el tratamiento de ambos pacientes con aislamiento domiciliario, medidas higiénico sanitarias, desinfección del hogar, uso de jabón ozonizado, papelillos antisépticos, sulfato de cinc y cobre a 5g y pomada azufrada, (azufre 16g y vaselina 200g). Se utiliza dexclorfeniramina, tabletas de 2mg a la dosis de una tableta cada 12 horas, durante los días del tratamiento.

Ya finalizado el tratamiento los pacientes solo muestran sintomatología cutánea residual manifestada por hipo e hiperpigmentaciones posinflamatorias y uñas engrosadas de forma ligera.

#### **DISCUSIÓN**

En Cuba, no se tienen estadísticas exactas de la frecuencia de esta enfermedad y menos aún de la forma costrosa. En otros países, se relaciona con los meses más fríos, sugiere un incremento en la actividad sexual, relacionado con un mayor contacto directo, entre las personas. La transmisión sexual del ácaro es común, incluso en algunos estudios es considerada una infección transmitida de manera sexual; aunque se describen focos de transmisión por fómites.<sup>(3)</sup>

El agente causal es el *Sarcoptes scabiei*, variedad hominis, ácaro cuyo ciclo de vida se produce a nivel de la piel del propio paciente y pasa por diferentes estadios: huevo, larva, ninfa, púber y adulto. Su aparición clínica es el resultado de una sensibilización cutánea al parásito que dura un mes.<sup>(4)</sup>

Resulta difícil establecer el diagnóstico de esta enfermedad rápido, debido a su baja frecuencia, en Cuba. Se puede confirmar fácil, mediante exámenes microscópicos directos, estudios histopatológicos para la identificación de los parásitos, en cualquiera de sus formas, el infiltrado inflamatorio es inespecífico, se encuentran alteraciones en la epidermis (acantosis e hiperqueratosis, córnea más engrosada con múltiples túneles) y mediante la detección del ADN de *Sarcoptes scabiei*, basada en amplificación por PCR seguida de ELISA.<sup>(5)</sup>

El diagnóstico de sarna noruega es en la mayoría de los casos pasado por alto, se cita como posibles diagnósticos diferenciales, la pitiriasis rosada, tiña versicolor, pediculosis del cuerpo, liquen plano, psoriasis, enfermedad de Darier, dermatitis por contacto o ictiositis.<sup>(6)</sup>

El uso inicial de corticosteroides tópicos puede alterar la apariencia de la lesión original y llevar a una sarna incógnita, esto dificulta aún más el diagnóstico.<sup>(7)</sup> En general, el fármaco más usado para el tratamiento tópico es la permetrina, crema al 5 %; aunque se describen otros antiparasitarios como el benzoato de bencilo, loción o emulsión del 10 al 25 %, el hexacloruro de gamma benceno; lindano crema o loción al 1 %, crotamitón, crema o loción al 1 %; azufre ,precipitado del 6 al 12 % en petrolatum, bálsamo del Perú; malathión y DDT, insecticida organoclorado en solución alcohólica al 6 %.<sup>(8)</sup> Entre los medicamentos orales se citan el tiabendazol, flubendazol, metotrexato y la ivermectina.<sup>(9)</sup>

Distintos autores<sup>(9,10)</sup> plantean que la ivermectina es utilizada con éxito a dosis única de 200 mcg/Kg, esto es suficiente para la cura completa de la enfermedad. Se ha sugerido<sup>10</sup> que el uso de dos o tres dosis (200 mcg/kg cada una) a intervalos de siete días, suele ser una mejor opción. Otros<sup>11</sup> insisten en un régimen de cinco dosis de 200 mcg/Kg cada una los días 1, 2, 8, 9 y 15 de la terapia y dos dosis adicionales los días 22 y 29, para los casos más severos. La terapia combinada es más eficaz, en los casos más resistentes.

Los protocolos recientes de tratamiento usan ivermectina en combinación con permetrina al 5 % y terapia queratolítica como ácido salicílico del 5 al 10 %, urea al 40 %, con el fin de facilitar la remoción de piel hiperqueratósica y la penetración de los acaricidas tópicos.<sup>(11,12)</sup>

Resulta importante el diagnóstico temprano y el seguimiento adecuado de los pacientes con la enfermedad, para evitar complicaciones y la transmisión comunitaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Chandler DJ, Fuller LC. Una revisión de la sarna: una infestación más allá de la piel. *Dermatology* [Internet]. 2019 [citado 9 Dic 2019];235(2): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/495290>
- 2.Hardy M, Engelman D, Steer A. Escabiosis: una actualización clínica. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2017 [citado 9 Dic 2019];46(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/may/scabies-a-clinical-update/>
3. Laliena Aznar S, Corella Aznar E, Campos Calleja C, Gómez Barrena V. Escabiosis: lesiones pruriginosas altamente contagiosas. *Rev pediatr electrón* [Internet]. 2018 [citado 4 Ene 2020];15(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2018/vol15num2/pdf/ESCABIOSIS%20LESIONES%20PRURIGINOSAS%20ALTAMENTE%20CONTAGIOSAS.pdf>
- 4.Nowowiejska J, Król ME, Dłużniewska P, Olczyńska M, Baran A, Flisiak I. Sarna: todavía un problema médico y social actual. Un análisis retrospectivo de 193 casos. *Przegl Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 3 Ene 2020]; 73(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/pobierz-artykul?id=2248>
- 5.Raffi J, Suresh R, Butler DC. Revisión de la sarna en el anciano. *Dermatol Ther (Heidelb)* [Internet]. 2019 [citado 4 Ene 2020]; 9(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6828878/pdf/13555\\_2019\\_Article\\_325.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6828878/pdf/13555_2019_Article_325.pdf)
6. Yeoh DK, Anderson A, Cleland G, Bowen AC. [¿Se "normalizan" la sarna y el impétigo? Un estudio comparativo transversal de niños hospitalizados en el norte de Australia que evalúa el reconocimiento clínico y el tratamiento de infecciones de la piel. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2017 [citado 9 Dic 2019];11(7): [aprox. 25 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510902/>
- 7.Khalil S, Abbas O, Kibbi AG, Kurban M. Escabiosis en la era del aumento de la resistencia a los medicamentos. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2017 [citado 9 Dic 2019]; 11(11): [aprox. 24 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5708620/>
- 8.Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, Geisel B, Klinken-Rehbein S, Nast A, et al. Direc-

trices S1 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la sarna: versión corta. *J Dtsch Dermatol Ges* [Internet]. 2016 [citado 4 Ene 2020]; 14(11): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.13130>

9. Rao MA, Raza N, Faheem M, Saleem MA. Comparación de la eficacia de la crema de permetrina al 5% con crema de crotamitón al 10% en pacientes con sarna. *J Ayub Med Coll Abbottabad* [Internet]. 2019 [citado 4 Ene 2020]; 31(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/6111/2677>

10. Dressler C, Rosumeck S, Sunderkötter C, Werner RN, Nast A. El tratamiento de la sarna. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2016 [citado 9 Dic 2019]; 113(45):[aprox. 25 p.]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5165060/pdf/Dtsch\\_Arztebl\\_Int-113-757.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5165060/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-113-757.pdf)

11. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectina

y permetrina para el tratamiento de la sarna. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 9 Dic 2019]; 4:[aprox. 98 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494415/pdf/CD012994.pdf>

12. Stamm LV, Strowd LC. Ignorando el "picor": el problema de salud global de la sarna. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2017 [citado 9 Dic 2019]; 97(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805045/pdf/tpmd170242.pdf>

**Citar como:** Esqueff Díaz N, Ales Martínez E. Sarna Noruega en dos miembros de una familia: a propósito de un caso. *Medimay* [Internet]. 2023 Ene-Mar [citado 24 Abr 2023];30(1):105-9. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1964>

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

#### **Contribución de autoría.**

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

##### **Autor**

Dr. Norberto Esqueff Díaz

Dr. Elvis Ales Martínez

##### **Contribución**

Conceptualización, supervisión, validación, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).

Visualización, redacción (borrador original)



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.