

Sarna costrosa: revisión de 22 casos

Crusted scabies. Report of 22 cases

*Liz Domínguez, *Graciela Gorostiaga, *Victoria Rivelli, **Arnaldo Aldama

* Médicas dermatólogas

** Jefe de Servicio

Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Nacional

RESUMEN

ANTECEDENTES: la sarna costrosa es una variante poco frecuente de sarna, en la cual hay una infestación masiva por *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Se caracteriza por la formación de placas hiperqueratósicas y costras que pueden ser localizadas e incluso llegar a ser generalizadas.

OBJETIVO: determinar la frecuencia de sarna costrosa del total de pacientes con escabiosis, establecer las características clínicas, los factores predisponentes y la existencia o no de prurito.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de sarna costrosa del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional de Paraguay durante el periodo enero de 1990 a diciembre de 2006.

RESULTADOS: de 461 pacientes con diagnóstico de sarna, 22 corresponden a la variedad costrosa, representando el 4.7% de los pacientes. La edad media de presentación fue de 34.5 años, afectando a ambos sexos por igual. La mayoría de los pacientes presentaba un compromiso cutáneo importante, llegando a la eritrodermia en 5 casos. El prurito se constató en 13 pacientes. Los factores predisponentes principales fueron: síndrome de Down (6 casos), colagenopatías (5 casos), diabetes mellitus (4 casos). Los demás pacientes presentaban: desnutrición, etilismo, neoplasia, y en 2 no se determinó patología asociada. El 80% de los pacientes presentaba uno o más familiares con sarna común. El tratamiento más utilizado en los últimos años fue la ivermectina por vía oral.

CONCLUSIONES: la sarna costrosa es una patología poco frecuente en la cual casi siempre hay un factor predisponente, mismo que se constató en el 90%. En 59% de los casos se acompañó de prurito.

PALABRAS CLAVE: escabiosis, sarna costrosa, sarna hiperqueratósica, sarna noruega, asociaciones.

ABSTRACT

BACKGROUND: crusted scabies is a rare variant of scabies, which is a massive infestation by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. It is characterized by hyperkeratotic plaques and crusts, which can be localized in one single area, or widespread.

OBJECTIVES: The study aims to determine the frequency of crusted scabies in our patients with scabies, establish its clinical features, predisposing factors and the presence or absence of pruritus.

METHODS: An observational, descriptive, retrospective study of patients with crusted scabies at the Service of Dermatology, National Hospital of Paraguay from January 1990 to December 2006.

RESULTS: Of 461 patients diagnosed with scabies, 22 had the crusted variety, (4.7%). The mean age at diagnosis was 34.5 years, affecting both sexes equally. Most patients had significant cutaneous involvement, leading to erythroderma in 5 cases. Pruritus was found in 13 patients. The main predisposing factors were: Down syndrome (6 cases), collagen vascular diseases (5 cases), diabetes mellitus (4 cases). The other patients had malnutrition, alcoholism, neoplasia, and in 2 no underlying pathology could be determined. 80% of patients had one or more family members with scabies. Since recent years the most common treatment has been oral ivermectin.

CONCLUSIONS: Crusted scabies is an uncommon condition in which a predisposing factor is usually present, we found it in 90% of cases. Itching was present in 59%.

KEYWORDS: Scabies, crusted scabies, hyperkeratotic scabies, Norwegian scabies, associations.

CORRESPONDENCIA

Liz Domínguez, ■ lizmariaoliva@yahoo.com.es
Combatientes del Chaco 529, Fernando de la Mora. Asunción, Paraguay

Introducción

La sarna costrosa es una forma clínica de escabiosis, caracterizada por la hiperqueratosis y la formación de costras que pueden alcanzar varios milímetros de espesor, con aspecto clínico psoriasiforme y que generalmente se observa en individuos con cierto grado de compromiso inmunológico. El número de ácaros que puede infestar a un individuo va de miles a millones.^{1,2,3,4}

Las lesiones se localizan frecuentemente en dorso de manos, pies, codos, rodillas, tobillos, genitales, cara, piel cabelluda y uñas, pudiendo ser generalizadas e incluso eritrodérmicas.^{1,2,3,4,5}

Aparece en personas con alteración en la respuesta del huésped al parásito, debida a un trastorno inmunitario (leucemia, tratamiento inmunosupresor, trasplantes renales, lupus, y especialmente SIDA),^{6,7} o bien a deficiencias en el mecanismo de rascado (ancianos, diabetes, tabes dorsal y siringomielia). El síndrome de Down presenta alteraciones debidas a ambos mecanismos.^{2,3,5}

Es altamente contagiosa a causa de la presencia de numerosos parásitos, los cuales son transportados por la gran cantidad de escamas desprendidas y no solo permanecen en la ropa de cama, sino que alcanzan cortinas, muebles y el piso de la habitación.⁵ Las hembras del *Sarcoptes scabiei* son las formas infectantes de la sarna, sobreviven a temperatura ambiente de 24 a 36 horas fuera de las escamas, buscan sitios cálidos, son atraídas por el olor del hospedero, se desplazan a una velocidad de 2.5 cm/min, y penetran la epidermis en menos de 30 minutos sin invadir la dermis.⁶

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen: eczema crónico, pitiriasis rubra pilaris, psoriasis, queratodermia palmoplantar, y enfermedad de Darier.⁷

Desde 1987 el tratamiento de elección ha sido la ivermectina a una dosis de 150 a 200 mcg/kg/dosis, que se repite a los 8 y, eventualmente, a los 15 días.^{1,4,8} Son útiles los escabicidas tópicos y queratolíticos como el ácido salicílico al 3% en vaselina. Con todo, es una forma difícil de tratar.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo. Se revisaron los registros de diagnósticos clínicos de los pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional de Paraguay, de enero de 1990 a diciembre de 2006. Se incluyen pacientes con diagnóstico clínico de sarna, de todas las edades y de ambos sexos.

Se completó un cuestionario que incluía datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (distribución de lesiones, síntomas, evolución, tratamiento y comorbilidades).

Resultados

Se encontraron 461 casos de sarna común, de estos, 22 correspondieron a sarna costrosa, lo que representa el 4.7%.

La distribución por sexos fue equitativa: 11 pacientes para cada grupo.

La edad media fue de 34.5 años, siendo el menor de 3 meses de edad y el mayor de 70 años.

Las lesiones fueron diseminadas (fotografía 1) pero las placas queratósicas principales se localizaron en dorso de manos, piernas y pies (fotografía 2), cara, tronco, cuello, piel cabelluda (fotografía 3), genitales y uñas.

El prurito se presentó en 14 pacientes (59% de los casos) y 17 tenían familiares afectados.

En 20 pacientes se establecieron patologías asociadas o factores de predisposición que se presentan en el cuadro 1. En dos pacientes no se estableció ningún factor de este tipo.

Los tratamientos realizados en la primera década fueron con escabicidas tópicos en varios ciclos, de manera rotatoria.⁹ En los últimos años se incorporó la ivermectina oral en dos o más ciclos semanales. En las dos etapas, también se utilizaron queratolíticos como la urea o el ácido salicílico.



Fotografía 1. Sarna costrosa en paciente con Síndrome de Down. Aspecto eritrodérmico con placas queratósicas y fisuradas que predominan en tronco y piel cabelluda.



Fotografía 2. Placas queratósicas fisuradas en miembros.



Fotografía 3. Lactante con gruesa queratosis en tronco y piel cabelluda, donde produce alopecia.

Discusión

La sarna es una enfermedad muy antigua. Es una de las ectoparasitosis más conocidas en el mundo entero. Desde hace 2500 años los seres humanos han sufrido prurito, pero apenas a mediados del siglo XIX se descubrió uno de los principales causantes: el *Sarcoptes scabiei*.

La forma costrosa, hiperqueratósica o mal llamada sarna noruega, es una forma inusual que simula otras dermatosis (como la psoriasis, por ejemplo), que puede afectar regiones no habituales en la sarna común, como piel cabelluda en el adulto, o bien la zona subungueal.^{10,11}

Se desarrolla en individuos con déficit del sistema inmunológico o con alteración de la barrera cutánea, condicionando al huésped para que la infestación adquiera características propias y distintas de la sarna clásica.^{12,13}

En nuestra serie, el prurito se presentó en 14 pacientes (59% de los casos). Clásicamente, se describe ausencia de prurito en casos de sarna costrosa debido a una alteración en el mecanismo de rascado.

En esta revisión llama la atención que, teniendo casi todos los pacientes algún factor de predisposición, ninguno de ellos tenía VIH positivo, lo cual es una de las asociaciones más reportadas en la bibliografía.

Cuadro 1: Sarna costrosa

Patologías asociadas en 20 pacientes

Sx de Down	6
Colagenopatías	5
Diabetes mellitus	4
Desnutrición calórico-protéica	3
Carcinoma de estómago	1
Etilismo crónico	1

Conclusiones

A pesar de la poca frecuencia de esta forma de sarna, es una presentación que tiene gran importancia en dermatología por la dificultad del tratamiento, por las patologías asociadas, los diagnósticos diferenciales y el contagio en el entorno del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. "Dermatosis parasitarias". En: Sampaio S, Rivitti E. *Dermatología*. 2ª ed. Sao Paulo, Artes Médicas, 2000: 575-590.
2. Stone S, "Escabiosis y pediculosis". En: Freedberg I, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith L. *Dermatología en Medicina General*. 6ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 2005: 2580-2588.
3. Rivelli V. "Dermatosis por ectoparásitos". En: Aldama A, Rivelli V. *Dermatología*. 1ª ed. Asunción, EFACIM, 2009: 117-125.
4. Dauden TE, Oñate MJ. "Dermatosis causadas por Artrópodos, Helminths y Protozoos". En: Iglesias Diez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL. *Tratado de Dermatología*. 2ª ed. Madrid, Mc Graw-Hill Interamericana, 2004: 55-77.
5. Shapiro PE. "Granulomas no infecciosos". En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. *Lever. Histopatología de la Piel*. 8ª ed. Buenos Aires, Intermédica, 1999: 289-308.
6. Galiana A, Bonasse J, Salmenton G. "Sarna costrosa: una forma inusual de escabiosis". *Arch Pediatr Urug* 2003; 74(1): 22-25.
7. Barrón E, Gutiérrez Z, Castillo W, Rodríguez S. "Sarna costrosa (sarna noruega): reporte de cinco casos". *Dermatol Perú* 1998; 8(1): 37-41.
8. Fajardo-Velázquez R, Urdez-Hernández E, Ysita-Morales A. "Brote intrahospitalario de escabiosis, a partir de un caso de sarna noruega". *Salud pública de México* 2004; 46(3): 251-254.
9. Aldama A, Rivelli V, Correa J. "Sarna costrosa en pacientes no SIDA. Revisión de 10 casos". *Med Cután Iberolat* 1998; 26(4): 190-196.
10. DePaoli R, Marks V. "Crusted (Norwegian) scabies: Treatment of nail involvement". *J Am Acad Dermatol* 1998; 17(1): 136-138.
11. Shelley W, Shelley D, Burmeister V. "Staphylococcus aureus colonization of burrows in erythrodermic Norwegian scabies". *J Am Acad Dermatol* 1988; 19(4): 673-678.
12. Cabrera H, Gatti C. *Dermatología de Gatti-Cardama*. Buenos Aires, El Ateneo, 2003: 282-292.
13. Elgueta A, Parada Y, Guzmán W, Molina P, González P. "Brote de sarna en un hospital terciario a partir de un caso de sarna costrosa". *Rev Chil infectol* 2007; 24(4): 306-310.