



Escabiosis costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA. Reporte de 15 casos

Andrés Tirado-Sánchez,^{a,b}
Alexandro Bonifaz,^b
Griselda Montes de Oca-Sánchez,^b
Javier Araiza-Santibañez,^b
Rosa María Ponce-Olivera^b

Crusted scabies in HIV/AIDS infected patients. Report of 15 cases.

Background: Crusted (Norwegian) scabies is a rare disease that occurs in patients with compromised immune system like patients with HIV/AIDS. We report 15 cases of crusted scabies in patients with HIV/AIDS successfully treated with oral ivermectin.

Clinical cases: The mean age of the patients was 43.7 ± 8.06 and the diagnosis was made at a median of 5 months. All patients were diagnosed with HIV/AIDS treatment with antiretroviral therapy. Patients were treated with repeated doses of oral ivermectin with different schemes with good tolerance and efficacy with full resolution and without recurrence.

Conclusions: Ivermectin is the treatment of choice for crusted scabies; it is tolerable and accessible to the patient. Immunosuppressed patients are those with the highest risk of acquiring that disease; we highlight the importance of lesion scraping to perform a correct and early diagnosis.

Introducción: la sarna costrosa (Noruega) es una enfermedad rara que se presenta en pacientes con un sistema inmunológico comprometido, como los pacientes con infección por VIH/SIDA. Reportamos 15 casos de sarna costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA tratados exitosamente con ivermectina oral.

Casos clínicos: la media de edad de los pacientes fue de 43.7 ± 8.06 y el diagnóstico se hizo en una mediana de cinco meses. Todos los pacientes tenían diagnóstico de infección por VIH/SIDA en tratamiento con terapia antirretroviral. Los pacientes fueron tratados con dosis repetidas de ivermectina oral con diferentes esquemas; tuvieron una buena tolerancia y el tratamiento fue eficaz, pues hubo una resolución completa y sin recidiva.

Conclusiones: la ivermectina es el tratamiento de elección de la sarna costrosa. Es un medicamento tolerable y accesible para el paciente. Los pacientes inmunosuprimidos son los que presentan más riesgo de contraerla; resaltamos la importancia del raspado de las lesiones para hacer un diagnóstico correcto y temprano.

Keywords

Scabies
Ivermectin
Treatment

Palabras clave

Escabiosis
Ivermectina
Tratamiento

^aDepartamento de Dermatología, Hospital General de Zona 29, Instituto Mexicano del Seguro Social

Distrito Federal, México

^bServicio de Dermatología, Hospital General de México, Secretaría de Salud

Comunicación con: Andrés Tirado-Sánchez
Teléfono: (55) 2744 2811
Correo electrónico: atsdermahgm@gmail.com

La sarna costrosa o escabiosis noruega es una enfermedad rara y altamente contagiosa debido a la existencia de una gran cantidad de parásitos en las lesiones, incluidas aquellas a nivel subungueal y las de la piel cabelluda, localizaciones que no son habituales en una escabiosis clásica. Generalmente afecta a pacientes con un sistema inmunológico comprometido, tal como sucede en aquellos con infección por VIH/SIDA. En comparación con una escabiosis clásica, que cursa con pápulas excoriadas en el área periumbilical, interdigital y en los antebrazos, la sarna costrosa presenta placas queratósicas (figura 1A-C) localizadas en extremidades, tronco, pabellones auriculares y párpados; la primera es intensamente pruriginosa a diferencia

de la segunda, que en pocos pacientes ocasiona prurito. Los esquemas de tratamiento son variados e incluyen queratolíticos (ácido salicílico al 5 % en ungüento), retinoides sistémicos (etretinato), inmunomoduladores sistémicos (metotrexato), escabicidas tópicos (permetrina) y sistémicos (ivermectina oral), con resultados discordantes en la literatura.¹

Reportamos los casos de sarna costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA vistos en nuestro servicio en los últimos 10 años.

Identificamos 15 pacientes con sarna costrosa (9 hombres y 6 mujeres). La media de edad fue de 43.7 ± 8.06 (rango 32-57 años). Todos los pacientes tenían diagnóstico de infección por VIH/SIDA en tra-

Cuadro I Características de los pacientes estudiados

Paciente	Edad (años)	Género	CD4+	Inicio terapia antirretroviral (meses)	Inicio de dermatosis a diagnóstico (meses)	Cantidad de ácaros	Eosinófilos (células/mm ³)	Tratamiento con ivermectina	Comorbilidades
1	33	M	225	3	1	+++	1800	12mg/semana/3 semanas	---
2	37	M	321	6	3	+++	1500	12mg/semana/4 semanas	DA
3	43	F	127	4	2	+++	655	6mg/72hr/5 semanas	VHC
4	45	M	142	7	6	+++	2300	12mg/semana/4 semanas	---
5	32	F	243	3	5	+++	1650	6mg/semana/6 semanas	DA
6	55	M	220	5	1	+++	1700	12mg/semana/4 semanas	VHB
7	37	F	289	5	4	+++	432	6mg/72hr/4 semanas	VHC
8	49	M	176	1	7	+++	375	12mg/semana/4 semanas	---
9	42	M	320	2	4	+++	1100	6mg/semana/6 semanas	VHC
10	39	F	210	1	8	+++	785	6mg/72hr/6 semanas	---
11	57	M	235	5	2	+++	550	6mg/semana/5 semanas	VHC
12	47	M	260	4	5	+++	354	12mg/semana/6 semanas	VHC
13	51	M	220	6	6	+++	780	12mg/semana/4 semanas	---
14	53	F	260	6	4	+++	650	12mg/semana/4 semanas	DM
15	36	F	320	6	6	+++	500	12mg/semana/4 semanas	VHC

M = masculino; F = femenino; DA: dermatitis atópica; VHC: virus de hepatitis C; VHB: virus de hepatitis B; DM: diabetes mellitus

tamiento con terapia antirretroviral. Las características demográficas y clínicas de la muestra se describen en el cuadro I.

En siete de los 15 pacientes (casos 1, 2, 5, 6, 7, 9 y 12), el cuadro clínico fue interpretado como psoriasis en placas, mientras que en cuatro casos (pacientes 3, 8, 11 y 14) el diagnóstico inicial fue dermatitis crónica por contacto y en cuatro pacientes (casos 4, 10, 13 y 15) fue sarna costrosa.

El diagnóstico se realizó después de una mediana de cinco meses (rango 1-14 meses), posterior al inicio de la dermatosis. Todos los casos tenían ácaros adultos al raspado de las lesiones y examen directo (figura 1D). El conteo promedio de CD4+ fue de 237.86 ± 60.3 células/ μL , con una mediana de 235 células/ μL .

Todos los pacientes fueron tratados con dosis repetidas de ivermectina oral con diferentes esquemas (ya que no existe consenso al respecto sobre la dosis ideal) y no presentaron eventos adversos serios o que requirieran ajuste de la dosis o de los tiempos de tratamiento. La suspensión de este se dio una semana después de observar la cura clínica o microscópica.

Todos los casos se resolvieron completamente sin recidiva al seguimiento, que fue en promedio de seis meses.

Un hallazgo interesante fue que los pacientes que tenían serología positiva para virus de hepatitis C tenían niveles más bajos de eosinófilos en sangre que los que no tenían la infección (figura 2), aunque la severidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento con ivermectina no fue diferente en ambos grupos.

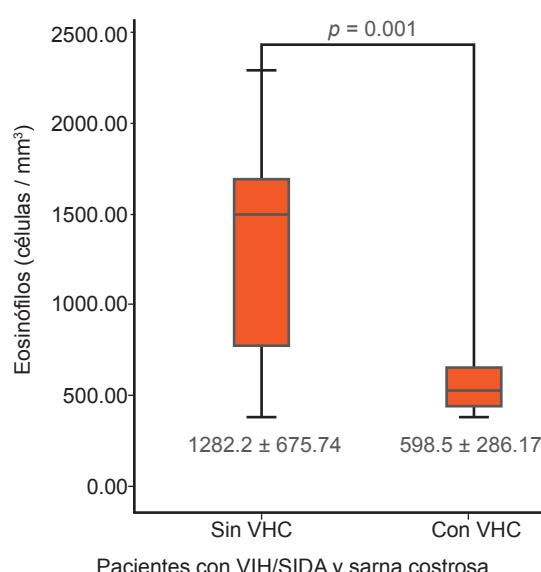


Figura 2 Niveles de eosinófilos en sangre en pacientes con sarna costrosa con y sin infección por virus de hepatitis C



Figura 1 A. Placas costrosas en tronco, pene y rodillas. B. Placas costrosas en codos y numerosas pápulas algunas decapitadas en espalda. C. Placa costrosa en borde interno de pie. D. Ácaro adulto en el examen directo (100 x)

El raspado de las lesiones fue un método de diagnóstico muy útil y evitó la necesidad de toma de biopsia, lo que condujo a un manejo oportuno de la enfermedad y a la disminución del riesgo de contagio. Como se menciona en la literatura,² es conveniente el raspado de al menos tres sitios distantes, ya que los tomados de una sola lesión podrían resultar negativos.

Es interesante el hecho de que solo cuatro pacientes fueron diagnosticados inicialmente con sarna costrosa, lo que resalta la dificultad para el diagnóstico clínico y la necesidad de sospechar de la existencia de la enfermedad en pacientes inmunosuprimidos con placas queratósicas crónicas con escaso prurito.

Nuestros resultados sugieren que la ivermectina oral es una buena opción de tratamiento de la sarna costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA con o sin virus de hepatitis C, incluso sin tratamiento tópico complementario. Además, el estudio permite concluir que los niveles elevados de eosinófilos en la sarna costrosa (de hasta un 58 % con valores hasta 10 veces más altos que el nivel normal)³ se encuentran significativamente más bajos en pacientes con infección por hepatitis C, en comparación con aquellos sin la infección. Una posible explicación a lo anterior es que los eosinófilos son células susceptibles a la infección por

virus de hepatitis *C*, lo que podría afectar su actividad y por consiguiente sus niveles circulantes.⁴ Barnes *et al.*⁵ observaron que en pacientes con infección por virus de hepatitis *C*, con trasplante hepático y en los que la eosinofilia es un marcador importante de rechazo agudo al trasplante, los niveles de eosinófilos en la sangre fueron significativamente más bajos en comparación con aquellos sin la infección. La función de los eosinófilos en la patogenia de la sarna costrosa es desconocida.³

Finalmente, la sarna costrosa en pacientes con infección por VIH/SIDA exhibe una enfermedad crónica

con cuadro clínico variable; frecuentemente adopta un aspecto psoriasiforme con gran cantidad de ácaros en las lesiones, que pueden evidenciarse mediante el raspado directo de varias de ellas, y presentan buena respuesta a la ivermectina como monoterapia.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, prevention, and treatment of scabies. *Curr Infect Dis Rep.* 2013;15(5):426-31.
2. Yélamos O, Mir-Bonafé JF, López-Ferrer A, García-Muret MP, Alegre M, Puig L. Crusted (Norwegian) scabies: an under-recognized infestation characterized by an atypical presentation and delayed diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Nov 26. doi: 10.1111/jdv.12867.
3. Walton SF, Oprescu FI. Immunology of scabies and translational outcomes: identifying the missing links. *Curr Opin Infect Dis.* 2013; 26(2):116-22.
4. Toro F, Conesa A, García A, Deibis L, Bianco NE, De Sanctis JB. HCV RNA sequences in eosinophils of chronic HCV-infected patients. *J Med.* 1999;30(3-4):279-88.
5. Barnes EJ, Abdel-Rehim MM, Gouli Y, Abou Ragab M, Davies S, Dhillon A, et al. Applications and limitations of blood eosinophilia for the diagnosis of acute cellular rejection in liver transplantation. *Am J Transplant.* 2003;3(4):432-8.