

Medicentro 2001;5(1)

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CAIBARIÉN  
VILLA CLARA****CARTA AL EDITOR**

## **Sarna noruega. A propósito de un paciente**

Por:

Dr. Francisco T Hurtado García<sup>1</sup>, Dr. Vicente Zaragoza Balbín<sup>2</sup> y Dr. Michel Pelegrín Braña<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna.
2. Especialista de I Grado en Dermatología.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

**Descriptor DeCS:** escabiosis**Subject headings:** scabies

Señor Editor:

La sarna noruega es denominada así porque Danielssen y Boeck describieron los primeros casos en leproso de ese país, en el año 1849. Se le conoce también por su sinonimia: "sarna costrosa o sarna queratósica".

En este tipo de sarna la infestación parasitaria por ácaros es masiva, y su cuadro clínico está dado por lesiones costrosas repletas de Sarcoptes, que constituyen gruesas incrustaciones, las cuales pueden recubrir todo el cuerpo, incluso la porción dorsal y la cara. Se observan grandes escamas psoriasiformes, y puede haber hiperqueratosis subungueal y palmar, además de fisuras y costras graves en el dorso de las manos, genitales y nalgas<sup>1,2</sup>.

Esta afección aparece en pacientes con alteraciones mentales, como en el síndrome de Down y en la demencia senil, en pacientes que padecen enfermedades depauperantes, como en casos de leucemia, tuberculosis, beriberi, disentería basilar, artritis reumatoide y en pacientes cuya sensibilidad cutánea está disminuida, como en la lepra, siringomielia y tabes dorsal. Además, se plantea que suele verse cuando hay falta de respuesta inmunitaria consecutiva a empleo de esteroides, inmunosupresores e, incluso, se considera la existencia de niveles bajos de IGE en estos pacientes.

El tratamiento es el mismo que el de la sarna ordinaria, pero las lesiones hiperqueratósicas deben tratarse con agentes queratolíticos.

En nuestro medio, la sarna noruega es una forma clínica de escabiosis extremadamente rara<sup>3-5</sup>.

Se informa a AHM de 90 años, femenina, blanca, con historia de cardiopatía aterosclerótica, catarata senil, alergia a la penicilina y de haber sido intervenida quirúrgicamente de un carcinoma epidermoide en el dorso de la mano izquierda, que provocó la amputación del quinto dedo y del quinto metacarpiano de dicha mano. En diciembre de 1999 fue operada de otro tumor dérmico a

nivel del antebrazo izquierdo, que según resultados del estudio histopatológico resultó ser un tumor fibroepitelial de Pinkus. En esta ocasión comienza con lesiones en el dorso de las manos, antebrazos y cara, asociadas a prurito intenso en horario nocturno. Las lesiones eritematopapulosas, escoriadas, se tornan hiperqueratósicas, costrosas, y fisuradas en el dorso y espacios interdigitales de ambas manos, antebrazos y cara (Figuras 1 y 2).



**Figura 1** Obsérvese las lesiones en dorso de las manos y espacios interdigitales.



**Figura 2** Obsérvese las lesiones hiperqueratósicas, costrosas y fisuradas.

Se realizó estudio para búsqueda de ácaros en lesiones de la piel, que fue positivo. La biopsia de piel realizada de las lesiones del dorso de la mano en el Hospital de Remedios (00-B-598) confirmó el diagnóstico de sarna noruega.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taplin D, Meiking TL, Procelain SL. Permetrin 5 % dermal cream: a new treatment for Scabies. *J Am Acad Dermatol* 2000;(3):15.
2. Warret WL. Pediculosis Capitis Infestation. *Hautarzt* 1999;41(7):406-407.
3. Pluot M, Joundi A. Contribution of monoclonal antibody HMB45 in the histopathologic diagnosis of queratotic scabies. *Ann Dermatol Venereol* 1999;117(10):691-699.
4. Bernet A, Bonafe JL. Queratotic scabies: a morphologic variant of atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1997;4(3):205-208.
5. Poluektov IA, Krugovov BA, Budiak VA, Ugol'nikova TI. Arthropod bites, stings and infestation. *Vrach Delo* 1999;(7):96-97.