

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SARNA NORUEGA. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE

Por:

Dr. Jorge L Tejada Navarro <sup>1</sup>, Dra. Nancy Cordero Gutiérrez<sup>2</sup> y Dra. Damaris Pérez Fleites<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Dermatología y Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Residente de Dermatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Dermatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

**Descriptores DeCS:**

INFESTACIONES POR ACAROS/diagnóstico

**Subject headings:**

MITE INFESTATIONS/diagnosis

Descrita inicialmente por *Danielssen* y *Brock* en enfermos leprosos en Noruega, en el año 1848, la sarna noruega o sarna hiperqueratótica costrosa se caracteriza por la proliferación masiva de *Sarcoptes scabiei variedad hominis*, y es altamente contagiosa.

La patogenia de la enfermedad parece corresponder a hiperinfección por proliferación excesiva de parásitos, pues el número de estos en los elementos cutáneos suele ser de millones, frente a unos cuantos en la forma clásica<sup>1,2</sup>.

Las manifestaciones clínicas de la sarna noruega son placas blanco-grisáceas, gruesas y friables, a menudo fisuradas, de aspecto psoriasiforme, que pueden tener una distribución difusa, o afectar determinadas zonas del tegumento cutáneo y producir prurito de intensidad variable<sup>3</sup>. Su diagnóstico se confirma con el examen microscópico de las escamas cutáneas, tomadas mediante el raspado de las lesiones, donde se observa la presencia de parásitos, huevos y heces. Es notoria la ausencia de los signos clásicos de la enfermedad (surcos, vesículas y prurito)<sup>3,4</sup>.

La escabiosis, lejos de ser un problema dermatológico obsoleto, muestra desde hace años una tendencia al incremento, especialmente en niveles socioeconómicos que oscilan entre medios y altos, pues debido al mayor aseo, los cuadros clínicos pueden presentar dificultad diagnóstica. No solo se presenta una sarna clásica, sino que en determinadas ocasiones se observan formas atípicas, cada día más frecuentes por estados de inmunodepresión, como la sarna noruega, cuyo diagnóstico es de una extrema dificultad, además de suponer una importante fuente de contagio en comunidades y familias<sup>5,6</sup>.

Presentación del paciente

Se trata de una paciente femenina de 57 años de edad, piel blanca, con antecedentes de salud, que hace aproximadamente ocho meses presentó lesiones cutáneas eritemato-pápulo-escamosas en región periorbitaria izquierda, que afectó hasta la mejilla del mismo lado (Fig 1). Realizó tratamiento con cremas esteroideas y antimicóticas por varias semanas, así como antihistamínicos

y esteroides sistémicos; que no mejoraron el cuadro, por lo que es remitida a nuestra consulta. Al interrogar y examinar a la paciente, encontramos que desde el inicio del cuadro dermatológico presentaba lesiones similares a las descritas; decidimos hacerle un grupo de exámenes complementarios habituales y un raspado para la búsqueda de ácaros, que reveló gran cantidad de huevos y parásitos adultos; el resto de los complementarios fueron normales.



Fig 1 Lesiones cutáneas eritemato-pápulo-escamosas en región periorbital izquierda, que se extienden hasta la mejilla del mismo lado.

Con el diagnóstico de sarna noruega de localización atípica, en una paciente supuestamente sana, se indica tratamiento tópico con pomada azufrada al 10 %, por cinco noches; se descansó una semana y se repitió el tratamiento por una noche más, que hizo desaparecer completamente el cuadro dermatológico (Fig 2).



Fig 2 Paciente después del tratamiento, sin lesiones.

#### Comentario

Se trata de una paciente con lesiones cutáneas eritemato-pápulo-escamosas en región periorbitaria izquierda, y mejilla del mismo lado, tratada como una dermatosis sin respuesta al tratamiento. Se realizó el diagnóstico de sarna noruega en esta paciente, teniendo en cuenta las características clínicas informadas en la bibliografía consultada<sup>7-9</sup>, y que puede aparecer en pacientes limpios, inmunocomprometidos o aparentemente sanos. En la paciente que presentamos existieron localizaciones atípicas de la enfermedad, y esta fue confirmada por la presencia del parásito en el examen microscópico de las escamas de las lesiones cutáneas.

### **Referencias bibliográficas**

1. Arenas R. Parasitosis cutánea. En: Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. México, DF. Edamsa Impresiones; 2006. p. 447-9.
2. Bravo TC. Sarna noruega. Med Int Mex. 2004;20(20):146-7.
3. Díaz-Maroto Muñoz S. Sarna y sarna noruega: Diagnóstico, prevención y tratamientos actuales. Farm Hosp. 2003;22(1):1-9.
4. Lazo Sánchez L, Victoria Bárzaga HO, Guerrero Fernández MI, Piñerúa Iglesia MP. Sarna noruega tratamiento con ivermectina. Reporte de un caso. Arch Méd Camagüey. 2006;10(3). Disponible en:  
<http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2134.htm>
5. Walton SF, McKinnon M, Pizzutto SI. Acaricidal activity of Melaleuca alternifolia (tea tree) oil: in vitro sensitivity of Sarcoptes scabiei var hominis to terpinen-4-ol. Arch Dermatol. 2004 May; 140(5):563-6.
6. Gladstone HB, Darmstad GL. Crusted scabies in a immunocompetent child: treatment with ivermectin. Pediatr Dermatol. 2005;42:144-8.
7. Gach JE, Heagerty A. Crusted scabies looking like psoriasis. Lancet. 2005;19:650.
8. Fernández JM, Franco R. La ivermectina en el tratamiento de la sarna. Piel. 2004;15:48-51.
9. Flinders D, De Schwelnitz P. Pediculosis and scabies. Am Family Physician. 2004;69:341.