

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ESCABIOSIS COSTROSA EN UN LACTANTE. PRESENTACIÓN DE UN
PACIENTE

Por:

Dra. Nancy Alemán Pedraja¹, Dr. Luis A. Monteagudo de la Guardia² y Dra. Maday T. Capote Mira³

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Dermatología. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Vila Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Residente de II año de Dermatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:
ESCABIOSIS

Subject headings:
SCABIES

La sarna se caracteriza por una erupción papular eritematosa e intensamente pruriginosa, causada por la excavación de los ácaros hembras adultos en las capas superiores de la epidermis, donde crean galerías serpinginosas. El ácaro *Sarcoptes scabiei*, subespecie *hominis*, es su causa. La sarna costrosa (sarna de Noruega o hiperqueratósica) es una forma infrecuente de infestación, caracterizada por una gran cantidad de ácaros y lesiones hiperqueratósicas ampliamente diseminadas, con costras¹.

Presentación del paciente:

Lactante de tres meses, masculino, blanco, nacido de parto distócico a las 35,5 semanas, pesó al nacer 3 500 g. En su historia clínica se recogen como datos de interés: lactancia materna hasta los dos meses, ingresos anteriores por enfermedad diarreica aguda y escabiosis; en la historia psicosocial se informa acerca de la mamá de 19 años, padre recluso y malas condiciones higiénicas. Es llevado a la consulta de Dermatología y al realizar el examen cutáneo presentaba lesiones eritematopapuloescamosas generalizadas, que tomaban cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades. Asimismo, se encontraron lesiones hiperqueratósicas amarillentas con fisuras en palmas, bordes de las manos, planta de los pies, cuero cabelludo y región cervical, así como uñas distróficas con hiperqueratosis en lecho ungueal (Figura). Al paciente se le realizaron diversos exámenes complementarios: búsqueda de ácaros (que resultó positivo de *Sarcoptes scabiei*), hemograma completo: hemoglobina 8,1 g/l hipocromia ++ anisocitosis +++, conteo absoluto de eosinófilos con eosinofilia $1,3 \times 10^9/l$, heces fecales seriadas, urocultivos, creatinina, ultrasonidos abdominal y renal, proteínas totales y determinación de Ig, cuyos resultados mostraron valores normales. Por el cuadro clínico se concluye como una escabiosis costrosa, en un paciente con anemia nutricional.



Figura Escabiosis costrosa.

Se le administró tratamiento con medidas higiénicas a pacientes y familiares, queratolíticos tópicos, permetrina al 5 % en crema, dieta hiperproteica, vitaminoterapia y ácido fólico.

Comentario

La sarna costrosa o de Noruega puede ser definida como una escabiosis severa generalizada², muy contagiosa, y se observa sobre todo en pacientes debilitados física y mentalmente, especialmente en los que padecen síndrome de Down, en aquellos que presentan alteraciones de la sensibilidad cutánea por lepra o siringomielia, en los malnutridos, inmunodeprimidos y en los individuos que viven en condiciones antihigiénicas^{3,4}.

El enfermo con sarna ordinaria puede albergar unos 12 ácaros, mientras que los que padecen la sarna queratósica pueden tener miles. Se cree que este tipo de sarna es debido a una disminución de la capacidad de respuesta inmunológica⁵. El paciente adopta un aspecto escamoso y costroso; en estas lesiones aparecen innumerables ácaros, se encuentra afectada la cara y especialmente el cuero cabelludo. El prurito puede ser leve. En los casos intensos, hay una descamación de tipo psoriásico, principalmente alrededor y debajo de las uñas⁶. Las puntas de los dedos de las manos se hinchan, presentan costras y las uñas aparecen deformadas. Existe hiperqueratosis subungueal y palmar, así como fisuras y descamación intensa de los genitales y nalgas. Se observan lesiones costrosas purulentas en la cara y el cuero cabelludo. Las zonas sometidas a presión son los lugares predilectos para las lesiones intensamente queratósicas, en las que abundan los ácaros. El tratamiento es difícil; son necesarias medidas de aislamiento y la aplicación repetida y cuidadosa de preparados escabicidas y terapia queratolítica⁷.

Referencias bibliográficas

1. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Resúmenes de enfermedades infecciosas. En: Red book enfermedades infecciosas en pediatría. 25^{ta} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2001. p. 497-9.
2. Grabowski G, Kanhai A, Grabowski R, Holewinski J, Williams ML. Norwegian scabies in the immunocompromised patient. J Am Pediatr Med Assoc. 2004 Nov;94(6):583-6.
3. Baysal V, Yildirim M, Turkman C, Aridogan B, Aydin G. Crusted scabies in a healthy infant. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2004 Mar;18(2):188-90.
4. Scheinfeld N. Controlling scabies in institutional setting: a review of medications, treatment models and implementation. Am J Clin Dermatol. 2004;5(1):31-7.

5. Darmstadt GL, Lane AI. Picaduras de artrópodos e infestaciones parasitarias. En: Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM. Nelson tratado de pediatría. 15^{ta} ed. La Habana: Ciencias Médicas; 1998. p. 2374-6.
6. Stone SP. Scabies and pediculosis. In: Fitzpatrick's dermatology in general medicine vol.1. 6^{ta} ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 2283-5.
7. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological finding in seventy-eight patients and a review of the literature. J Infect. 2005 Jun;50(5):375-81.