

LA IMAGEN DEL MES

CUADRO CLÍNICO

Edad: 68 años. **Sexo:** femenino

Motivo de Internación: Sdme Hipereosinofílico en estudio

Antecedentes: HTA, obesa, Claudicación intermitente, ICC, ACV 2010, RTC derecho electivo, artrodesis lumbar 2010. Bacteriemia a *e.colli*: recibió 14 días de Cefazolina por Sensibilidad

Enfermedad actual: Lesiones en piel eritematopapulares pruriginosas en tronco con progresión a extremidades estudiada 5/13 en Htal de Clínicas con Tc Tórax y abdominopelviana: sin lesión con Biopsia de Piel y PAMO compatibles con hipereosinofilia. Comienza tratamiento con **Corticoides** con empeoramiento y compromiso > 80% de la superficie corporal por lo cual consulta a HIBA y se decide internación con diagnóstico de Eritrodermia e hipereosinofilia.

Se IC Dermatología para toma de muestra

DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO

Lesiones descamativas costrosas en tronco y extremidades, costras serohemáticas en brazos y piernas. Sin hepato ni esplenomegalia





Cureteado: imágenes parásito *sarcoptes scabiei* compatibles con **Sarna Noruega**.

COMIENZA TRATAMIENTO CON IVERMECTINA

Evolución: Sepsis a foco cutáneo: HC 2/2 SAMS Realiza tratamiento 14 días con Cefazolina. Taquicardia supraventricular secundaria a hipokalemia + ICC se realiza carga de Potasio y balance negativo con adecuado control sintomático. Ileo en contexto de sepsis e hipokalemia con traslocación y bacteriemia HC 1/2 Bacilos Gram negativos Serratia. Se cubre 14 días con Ciprofloxacina. Comienza alimentación parenteral y en la medida de la mejoría del ileo se progresa a enteral. Continúa en internación en recuperación y descomplejización.

VIÑETA CLÍNICA: Sarna Noruega

La Sarna costrosa o Sarna noruega es una enfermedad parasitaria de la piel producida por un ácaro de la familia *Sarcoptidae*: el *Sarcoptes scabiei var. Hominis* que solo afecta a humanos. A diferencia de la Sarna común, esta se da en pacientes inmunosuprimidos, collagenopatías, IRC, DBT, Sdme Down, uso crónico de Corticoides, MTX, QT, postración, demencia senil y retraso mental. En series de casos peruanos también fue asociada a HTLV.

Fue descrita inicialmente por Danielssen y Broca en enfermos leproso en Noruega en 1848. Los sarcóptidos son ácaros de pequeño tamaño, cuerpo oval aplanado dorsoventralmente con cuatro pares de patas muy cortas dotadas de uñas o carúnculos. Penetran en la piel haciendo un surco; tras copular el macho muere y la hembra profundiza iniciando la puesta de huevos. Un paciente con Sarna Noruega puede tener millones de ácaros. El parásito fuera de la piel sobrevive 2 a 3 días. Se reproducen ampliamente provocando brotes en la comunidad e intrahospitalarios.

Afecta cualquier edad y clase socioeconómica, adultos jóvenes y niños menores de 2 años.

La transmisión se efectúa por contacto físico estrecho (contacto sexual, compartir fomites).

En la sarna clásica, la inmunidad celular ocasiona una respuesta de linfocitos CD4 de tipo TH2, que activan linfocitos B, y eosinófilos produciendo la liberación de citoquinas IL4, IL10, que a su vez inducen la proliferación de mastocitos y liberación de aminas vasoactivas, responsables del prurito intenso. En la sarna noruega, la inmunosupresión provoca la ausencia de estos mecanismos, alterando su principal síntoma, su cuadro clínico y permitiendo a la enfermedad cronificarse y al parásito una replicación masiva haciéndola altamente contagiosa.

En la Sarna común el prurito es el síntoma principal. La erupción de la sarna es variable y depende del grado de infestación, higiene personal, evolución de la enfermedad, duración y tipo de tratamiento empleado.

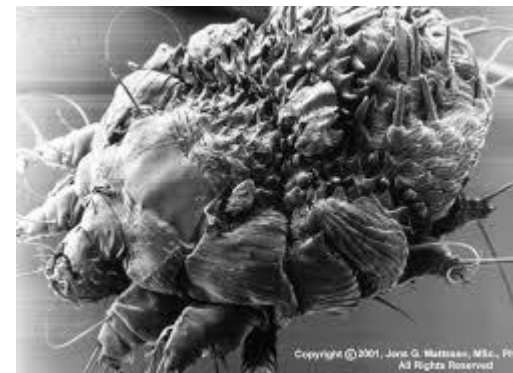
Las lesiones que caracterizan a la sarna se dividen primarias y secundarias. Las lesiones primarias: los surcos: elevaciones grisáceas de 5-15 mm que terminan en una vesícula son patognomónicas. Allí anida el ácaro hembra. Localización: en zonas de la piel con pocos folículos pilosebáceos: cara anterior de las muñecas, antecubital y pliegues interdigitales. Otros lugares de afectación son codos (40%), pies y tobillos (37%), pene y escroto (36%), nalgas (16%) y axilas (15%). En la mujer también se pueden encontrar en las areolas mamarias y región periareolar. La cabeza y cuello **no** se ven afectados. Las lesiones secundarias aparecen como consecuencia del rascado o infecciones sobreañadidas. Las más frecuentes son las vesículas y pápulas y suelen aparecer principalmente en el abdomen, muslos y nalgas. También pueden aparecer nódulos inflamatorios de color marrón rojizo, indolentes de uno a dos cm de diámetro, localizados en genitales, pliegues axilares e inguinales, parte superior de la espalda.

La Sarna Noruega comienza a manifestarse como la sarna vulgar pero con disminución o ausencia de prurito. Los surcos se vuelven hiperqueratósicos y la piel adquiere apariencia eritematosa. El enfermo presenta erupción generalizada eritematodescamativa con zonas hiperqueratósicas en manos y pies, zonas de flexión de las extremidades, codos y nalgas que no recuerdan a la sarna común. Las palmas de las manos y pies están engrosadas y fisuradas. Bajo las uñas se acumulan restos córneos llegando a producirse escamas psoriaformes. También aparece eritema, infiltración y descamación en cara, cuello, cuero cabelludo y tronco que pueden generalizarse. En ocasiones puede aparecer linfadenopatía generalizada y eosinofilia en sangre.

Diagnóstico: manifestaciones clínicas. Existencia de miembros de familia y/o contactos próximos afectados. Diagnóstico diferencial con otras enfermedades dermatológicas. Técnicas: Aceite de Muller: Abrir el surco con aguja y recoger muestra. Se aplica una gota de aceite para facilitar la extracción. Raspado cutáneo o biopsia superficial de la epidermis Observación al microscopio óptico del ácaro, heces o huevos.

El principal problema en la Sarna Noruega, es la habilidad y rapidez para efectuar un diagnóstico precoz. La clínica no recuerda a la sarna común y se asemeja a otras infecciones cutáneas presentes con gran frecuencia como la psoriasis.

Tratamiento: La combinación de ivermectina oral con escabicidas tópicos es exitosa. Para mejorar la absorción de los medicamentos tópicos, emolientes y queratolíticos se aplican 2 veces al día con mejoría en 15 días.



BIBLIOGRAFIA

- Florencio Cortez, Claudia Ramos, Soledad de la Cruz, Sergio Rodríguez, Eberth Quijano, Zaida Gutiérrez.: **Sarna Costrosa reporte de 4 casos** Dermatol Perú 2010; 20(4) 245-249
- Díaz-Maroto Muñoz, S.; **Sarna y Sarna Noruega: diagnóstico prevención y tratamientos actuales** Farm Hosp 1998; 22: 1-9