

## Éxito terapéutico con esquema de ivermectina oral en Sarna Costrosa

Emilio Sudy<sup>1</sup>, Amaya Stein<sup>1</sup>, Francisco Urbina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatólogos en práctica privada

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 6 de enero 2021 y aceptado el 28 julio 2021

Correspondencia:

Emilio Sudy

Email: emiliosudy@gmail.com

### RESUMEN

Se expone el caso de una paciente obesa inmunodeprimida que presentó una sarna costrosa. Luego de la sospecha clínica se confirmó el diagnóstico mediante acarotest. La paciente sufrió algunas complicaciones asociadas a su condición general, como sobreinfección de sus lesiones cutáneas, epistaxis e insuficiencia renal aguda, que fueron tratadas. La sarna costrosa fue tratada con ivermectina oral con dosis de 15 mg (200 ug/kilo de peso ideal según la talla), los días 1, 2, 7, 8 y 15, obteniendo una excelente respuesta terapéutica.

**Palabras claves:** Sarna costrosa; Sarna noruega; Ivermectina

### ABSTRACT

We present the case of an immunosuppressed obese patient who presented with crusted scabies. After clinical suspicion, the diagnosis was confirmed with skin scraping for the diagnosis of scabies. The patient presented some complications associated with her baseline condition, such as superinfection of her skin lesions, epistaxis and acute renal failure, which were treated. Crusted scabies was treated with oral ivermectin with a dose of 15 mg (200 ug/kg of ideal weight according to height), on days 1,2,7,8 and 15, obtaining an excellent therapeutic response.

**Key words:** Crusted scabies; Norwegian scabies; Ivermectin

La sarna costrosa es una variedad infrecuente y severa de escabiosis que se presenta con lesiones costrosas e hiperqueratósicas diseminadas. Los pacientes inmunodeprimidos son los más susceptibles de padecerla. Se caracteriza por lesiones muy diferentes a las de la sarna común, con un gran número de ácaros en la piel debido a la condición de inmunosupresión del huésped, siendo además altamente contagiosa entre las personas que mantienen contacto cercano con el paciente afectado. Al ser una forma de presentación infrecuente y muy diferente a una sarna común, el diagnóstico puede ser difícil o insospechado, especialmente ante la ausencia de prurito en estos casos.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años de edad, obesa mórbida, portadora de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, flutter auricular y artritis psoriática. En tratamiento con metformina, anticoagulante oral (acenocumarol), celecoxib, ácido fólico, metotrexato 20 mg semanales, prednisona 10 mg diarios, sulfasalazina 3

gramos diarios, agregándose ciclosporina siete días atrás en dosis de 100 mg diarios. Fue hospitalizada por un cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por una erupción cutánea con placas eritemato-escamosas del tronco y las extremidades y fiebre asociada a taquicardia y polipnea. Los exámenes de ingreso mostraron leve anemia con hematocrito 31%, PCR de 10,63 mg/dL, leucocitos 5.300/uL y VHS de 73 mm/h. Debido a las lesiones cutáneas se solicitó interconsulta a dermatología.

Había sido previamente evaluada por infectólogo, quien catalogó el cuadro como una sobreinfección de su patología cutánea, indicando manejo antibiótico con cloxacilina 1 gramo cada 8 horas, tras cultivo bacteriológico de la piel que informó *Staphylococcus aureus* Meticilino Sensible (SAMS). Recibió, además, una dosis de 150 mg de fluconazol oral por intertrigo agregado de los pliegues del tronco y extremidades. Debido a epistaxis incoercible durante la hospitalización, se realizó taponamiento nasal y cambio de antibiótico a cefazolina, recibiendo 1 gramo cada 8 horas hasta completar un total de diez días de tratamiento.



**Figura 1**  
**A.** Placas eritemato-costrosas extensas.  
**B.** Placas costrosas blanquecinas.

Debido a la ausencia de signos inflamatorios articulares, tras evaluación reumatológica se sugirió suspender el metotrexato y la sulfazalazina, y reiniciar posteriormente ambos medicamentos en dosis más bajas.

Al examen físico no aparecía grave, pero presentaba áreas de eritema y costras extensas en el abdomen y en la raíz de las extremidades (Figura 1A y 1B). Llamaba la atención el aspecto sucio de las costras (Figura 2). Ante la sospecha de sarna costrosa se solicitó acarotest, que fue informado positivo. Se sugirió tratamiento con ivermectina oral en dosis de 1 comprimido de 3 mg por cada 15 kg de peso, los días 1, 2, 7, 8 y 15, recibiendo en total 15 mg en cada dosis administrada.

Durante la hospitalización la paciente desarrolló un cuadro de falla renal aguda por glomerulonefritis rápidamente progresiva. Debió ser dializada en dos ocasiones, recibiendo tratamiento de pulsos con metilprednisolona y finalmente con prednisona 1 mg/Kg/día, mejorando paulatinamente su función renal.

La paciente fue dada de alta en buenas condiciones generales y con mejoría evidente de las lesiones cutáneas (Figura 3).

## DISCUSIÓN

La sarna costrosa fue descrita inicialmente en Noruega en el año 1848 en pacientes leprosos, siendo denominada como 'sarna noruega' por von Hebra en 1862, nombre con el que se la conoció principalmen-



**Figura 2**  
 Aspecto sucio de las costras.



**Figura 3**  
 Mejoría evidente de las lesiones al finalizar el tratamiento.

te desde entonces. Sin embargo, en los últimos años, se ha preferido el término de ‘sarna costrosa’, que sería más descriptivo y ayudaría a recordar este posible diagnóstico<sup>1</sup>. A diferencia de la sarna tradicional, el prurito en la variedad costrosa es mínimo o ausente.

Clínicamente, se presenta con placas costrosas localizadas y zonas de eritema. Las costras pueden ser de color grisáceo o marrón claro, mostrando un aspecto sucio que en las superficies extensoras puede acompañarse de fisuras. Al remover la costra queda una superficie suave, eritematosa y húmeda. También puede presentarse como una dermatitis psoriasiforme -tal como en la paciente descrita- y dificultar el diagnóstico, considerando además que en este caso existía una artropatía psoriática de base. Además, puede mostrar hiperqueratosis palmo-plantar y afectación ungueal, lo que no ocurrió en este caso.

Diferentes patologías de base pueden predisponer a una sarna costrosa, especialmente estados de inmunosupresión de la respuesta inmune T del tipo Th2<sup>2</sup>. Entre los cuadros descritos asociados a sarna costrosa están el VIH, HTLV-1, linfoma de células T, transplantados de diversa índole, lepra, desnutrición, síndrome de Down, lupus eritematoso sistémico, uso de corticoides sistémicos y diabetes mellitus. En el presente caso, la paciente estaba recibiendo más de un medicamento inmunosupresor.

Habitualmente, la sarna común presenta entre 3 y 50 ácaros vivos en la piel, mientras que en la sarna costrosa puede haber hasta 2 millones de ácaros<sup>3</sup>, habiéndose detectado 4.700 ácaros por gramo de piel costrosa<sup>2</sup> y hasta 6.312 ácaros/gramo de polvo de habitación<sup>1</sup>. Los ácaros sobreviven usualmente hasta 3 días fuera del huésped en aquellos casos de escabiosis tradicional, pero pueden llegar a vivir hasta 7 días en la piel desprendida de los casos con sarna costrosa, haciendo de ella una entidad altamente contagiosa, tanto tras el contacto con el paciente como con su ropa de cama, siendo especialmente contagioso para el personal que atiende a estos pacientes. Tal fue el caso de la paciente descrita, que afectó a toda su familia y parte del personal médico que la atendió.

Debido a lo anterior, resulta obligatorio el uso de elementos de protección personal propios del aislamiento de contacto (guantes y pechera) al examinar y tratar estos pacientes, al igual que al manipular su ropa o elementos de su cama.

**Tabla 1**

Esquemas terapéuticos propuestos para sarna costrosa.

Autores	Régimen de Tratamiento
Roberts et al. 2005 <sup>2</sup>	Ivermectina 200 ug/kg los días 1, 2, 8, 9 y 15.  En casos más severos dos dosis adicionales de Ivermectina, los días 22 y 29*
Currie et al. 2010 <sup>5</sup> <i>Sugerido por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)</i>	Ivermectina 200 ug/kg, administrada en tres dosis (días 1, 2, 8), cinco dosis (días 1, 2, 8, 9 y 15) o siete dosis (días 1, 2, 8, 9, 15, 22 y 29), según la severidad de la infección.  Y  Permetrina 5% cada 2 a 3 días durante 1 a 2 semanas.  El benzoato de benzilo tópico es una alternativa a la permetrina (25% para adultos, 10 a 12,5% para niños).
Salavastru et al. 2017 <sup>6</sup> <i>Guía Europea para el manejo de Escabiosis</i>	Ivermectina 200 ug/kg los días 1, 2 y 8.  Para casos severos (basado en persistencia de ácaros vivos mediante seguimiento con acarotest): dosis adicionales de Ivermectina los días 9 y 15 o los días 9, 15, 22 y 29.  Y  Escabicida tópico (permetrina 5% en crema o loción de benzoato de benzilo al 25%) aplicado diariamente durante 7 días y luego dos veces por semana hasta la resolución del cuadro.
Sunderkötter et al. 2016 <sup>7</sup> <i>Guías Alemanas de Diagnóstico y Tratamiento de Escabiosis</i>	Ivermectina 200 ug/kg dosis única en día 1 y luego otra dosis entre el día 7 y 15. Se puede dar una tercera dosis si existe evidencia de persistir con infección activa mediante detección de ácaros vivos por dermatoscopia o acarotest.  Y  Permetrina 5% en crema dos veces a la semana durante dos semanas consecutivas y reaplicar al menos una vez 7 días después de haber completado las dos.

\*En todos los esquemas mencionados se sugiere asociar algún queratolítico tópico para eliminar las costras.

En el caso de pacientes ingresados en hospitales o en casas de reposo, debe considerarse que la afectación de tan solo uno de ellos puede llevar al contagio de todo el resto o del personal<sup>4</sup>.

El diagnóstico es fácil mediante acarotest debido al alto número de ácaros que puede ser detectado en las muestras. No obstante, la sospecha clínica puede ser muy difícil en algunos casos.

La mortalidad de la sarna costrosa antes de 1997 era del 4,3%, disminuyendo al 1,1% desde que se comenzó a emplear la ivermectina oral en dosis múltiples para tratar estos pacientes. Su administración en dosis única o hasta en tres dosis separadas cada dos semanas puede ser inadecuada para prevenir recaídas. En la literatura y guías internacionales se describen distintos esquemas de tratamiento (Tabla 1)<sup>2, 5, 6, 7</sup>. En el presente caso usamos el esquema recomendado por Roberts<sup>2</sup> de cinco dosis de 200 microgramos (ug)/Kg los días 1,2,8,9 y 15.

También se ha mencionado como motivo de disminución de la mortalidad el uso inicial de antibióticos cuando hay sospecha de una sepsis bacteriana secundaria, tal como ocurrió en el presente caso.

El tratamiento tópico tiene el inconveniente de requerir varias aplicaciones y no existen estudios de demuestren efectividad y tolerabilidad; además, como estos pacientes tienen alterada la función barrera de la piel, existe riesgo de toxicidad importante por lo que el lindano debe ser evitado. La permetrina en cambio podría ser una buena alternativa, aunque requiere varias aplicaciones, tratamiento que puede simplificarse mediante la ivermectina oral<sup>1</sup>.

Se presenta este caso como un recordatorio de esta entidad, poco frecuente y que tiene una mortalidad potencial por sobreinfección, y además para resaltar los elementos clínicos que nos permiten sospecharla.

## REFERENCES

1. Karthikeyan K. Crusted scabies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75: 340-7.
2. Roberts IJ, Huffam SE, Walton SF, BJ Currie. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J Infect* 2005; 50: 375-381.
3. Zafar AB, Beidas SO, Sylvester LK. Control of Transmission of Norwegian Scabies. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23(5): 278-279.
4. Elgueta A, Parada Y, Guzmán W, Molina P, González P. Brote de sarna en un hospital terciario a partir de un caso de sarna costrosa. *Rev Chil Infect* 2007; 24(4): 306-10.
5. Currie B, McCarthy J. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med* 2010; 362: 717-725.
6. Salavastru CM, Chosidow O, BoffaMJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017, 31(8): 1248-1253.
7. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, Geisel B, Klink-Rehbein S, Nast A, Philipp S, Sachs B, Stingl J, Stoevesandt J, Hamm H. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies - short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016, 14(11), 1155-1167.