

Brote epidémico intrahospitalario de escabiosis a partir de un caso de sarna costrosa.

Autores:

Comolli Rolando R. *
Palacios Alberto M. **
Bartolini Catalina ***

SERVICIO DE CLÍNICA MEDICA
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERÓN.
BALCARCE 900, SAN MARTÍN, PCIA DE BUENOS. AIRES.

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL DE AGUDOS JOSE M. RAMOS MEJÍA
URQUIZA 609, CAPITAL FEDERAL

COMOLLI ROLANDO R. Jefe de clínica médica 1992-2002, Htal Eva Perón.
PALACIOS ALBERTO M. Jefe de unidad, A/C Despacho, Servicio de Dermatología,
Htal. Ramos Mejía. Profesor adjunto de dermatología, U.B.A.
BARTOLINI CATALINA. Jefe de residentes de clínica médica 2001-2002, Htal Eva Perón

Abstract:

Objetives: This article describes a hospital outbreak of scabies,stemming from a patient with crusted (Norwegian) scabies and the efficacy of oral therapy whit ivermectin.

Case report: A 43 –year- old woman with systemic Lupus erythematosus undergoing long-term administration of corticosteriods was hospitalized with crusted scabies. She was treated with three 12 mg. Oral doses of ivercmectin at 14 – day- intervals. Three general practitioners, three nurses and a patient werw infested and then successfully treated with a single dose of the same drug.

Comments and conclusion: Crusted scabies is a highly contagious unusual variant of scabies that is most often seen in imunologically compromised persons. Skin lesion different from typical scabies and their contagiousness could hinder the diagnosis and cause the spread of the disease and outbreaks in hospitals and nursin homes as well. In the last years ivermectin has been used due to its efficacy, safety and easy administration. Many doses of the drug are frecuently required.

The acknowledgement of crusted scabies should be emphasized because of an increase in the number of potential immunosuppressed patients – AIDS-, corticosteroids and oncologic therapy, and transplant recipients – at highest risk of acquiring this rare variant on scabies.

Introducción

La escabiosis humana es una forma de ectoparasitosis cutánea de distribución universal, sin discriminación de razas, sexos y grupos socioculturales. Esta relacionada con el déficit de higiene, la pobreza y el hacinamiento.

Es causada por el *Sarcoptes Scabiei* Var *Hominis*, parásito obligado que penetra la piel humana y se transmite por contacto interpersonal.

La forma costrosa, también llamada Sarna Noruega, se desarrolla habitualmente en individuos con déficit en el sistema inmunológico o con alteración de la barrera cutánea condicionando el huésped para que la infestación adquiera características propias y distintas a las de la sarna clásica.

Fue descrita por primera vez en nuestro país en 1914 en una paciente con tuberculosis avanzada (1 cit. Por 3, 5) y posteriormente varias publicaciones en nuestro país la describieron asociadas a hemopatías malignas (2), medicación corticoidea y methotrexate (3), patología cutánea de diversas causas (4) y colagenopatías (5)

El número de parásitos es muy elevado y el contagio puede producirse aunque el contacto con el enfermo no sea rutinario (6).

Las manifestaciones cutáneas poco frecuentes y su alta contagiosidad facilitan los brotes epidémicos cuando hay demora en el diagnóstico (7-12) y pueden constituir puertas de entrada para infecciones sistémicas mortales (13).

Clásicamente se ha tratado con diversos escabicidas tópicos como el benzoato de bencilo, el lindano y la permetrina. Después de algunas comunicaciones anecdóticas, (desde 1995 (14, 15)), comenzaron las publicaciones con grupos de pacientes tratados con ivermectina oral (100-200 µg/k)

Comunicamos un brote epidémico intrahospitalario de sarna común a partir de un caso de sarna costrosa en una paciente con lupus eritematoso sistémico en tratamiento crónico con corticoides sistémicos. Los casos fueron tratados con ivermectina.

Caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 43 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (L.E.S.) desde el año 1993, en tratamiento intermitente con metilprednisona (oral 40mg/d). Se había hospitalizado previamente por su LES y escabiosis (escarificación positiva para *sarcoptes scabiei*). En dicha oportunidad se realizó tratamiento con permetrina al 5%, evolucionando favorablemente. Continuó con corticoterapia.

En abril de 1999 fue hospitalizada nuevamente por presentar prurito intenso generalizado de 30 días de evolución, con lesiones dérmicas costrosas, amarillo grisáceas, adherentes, diseminadas, agrietadas y dolorosas (foto 1 y 2). Las fisuras y escoriaciones dificultaban su deambulación, no pudiendo vestirse, alimentarse, ni higienizarse por sí misma.

Se realizó interconsulta con la división dermatología del Hospital Ramos Mejía (Dr. Alberto Palacios) que sugirió la escarificación de las lesiones confirmándose la presencia de *sarcoptes scabiei*.

Se indicó aislamiento para evitar la diseminación y se inició tratamiento con permetrina crema al 5% sin presentar remisión.

Posteriormente se administró ivermectina oral dosis única de 12mg y se continuó con metilprednisona a 1 mg/k/día.

Simultáneamente se indicó ciprofloxacina 500 mg vía oral c/12 horas durante 5 días por una infección urinaria por E. Coli concomitante.

La serología para V.I.H.(virus de inmunodeficiencia humana) fue negativa.

Las lesiones dérmicas mejoraron con persistencia del prurito. Una nueva escarificación 14 días después, demostró persistencia del ácaro por lo cual se repitió igual dosis de ivermectina. Otros 12 días más tarde, previa escarificación se administró por tercera vez una igual dosis de ivermectina.

Finalmente la paciente fue dada de alta con remisión clínica y cura parasitológica (fotos 3 y 4)

Los otros casos:

A los 14 días del ingreso de la paciente tres profesionales médicos y tres enfermeras a cargo de la paciente presentaron lesiones dérmicas pruriginosas por escabiosis, realizando tratamiento con ivermectina dosis única de 12 mg con resolución de la enfermedad.

Una paciente que compartió la sala el primer día de hospitalización también presentó escabiosis clásica, recibiendo tratamiento con permetrina al 5% con resolución.

Discusión y comentarios:

La sarna costrosa o noruega es una variante poco frecuente de la sarna común, altamente contagiosa por la gran cantidad de parásitos que habitan las lesiones dérmicas que se descaman .Se ha visto casi exclusivamente en individuos inmunocomprometidos y con la epidemia del H.I.V su incidencia ha aumentado. Ya en 1987 Glover y col. Comunicaron un caso de septicemia y muerte en un paciente con H.I.V. con esta variedad (13) y Meinking y co. En uno de los primeros trabajos con ivermectina describieron esta forma clínica en dos casos entre once pacientes con sarna y H.I.V. (14). Luego se comunicaron series mayores (12, 16).

A diferencia de la forma clásica, las lesiones pueden comprometer la cara y el cuero cabelludo y con frecuencia la zona subungueal (5, 17). Estas manifestaciones no fueron observadas en el caso presentado.

Las costras le dan su aspecto más típico y frecuente, aisladas o confluentes, formando placas hiperqueratósicas, como aquí se ilustraron.

En la bibliografía se planteó la problemática de los brotes epidémicos institucionales de *Sarcoptes Scabiei* por la posibilidad de transmisión de la enfermedad y se resaltó la prioridad de implementar medidas de control inmediato para evitar su contagio (6, 9-12, 18). Sin embargo, a pesar de las medidas de control para evitar su diseminación, en nuestro servicio se presentaron siete casos de sarna clásica. Una paciente que compartió la sala 24 hs. Y seis profesionales que la atendían, evidenciando la alta contagiosidad y dificultad para impedir el contagio como está enfatizado por la literatura.

El tratamiento con ivermectina se ha utilizado frecuentemente para esta forma de escabiosis y varios autores proponen su utilización basados en la eficacia terapéutica, fácil administración, baja incidencia de efectos adversos y mejor adherencia al tratamiento (9, 16, 19-24).

La mayoría de los pacientes requieren entre dos y tres dosis de ivermectina con intervalos de 7 a 14 días (14,18 25,26). Sin embargo, en algunos casos fue necesario administrar hasta 11 dosis en 18 meses (20). En nuestra paciente se requirieron 3 dosis de 12 mg cada una para erradicar el parásito.

Debido a la frecuencia de recurrencias y reinfestaciones la vigilancia y el control post tratamiento deben realizarse varios meses.

Conclusión:

La sarna noruega es de difícil tratamiento teniendo en cuenta la carga parasitaria en piel y la deficiente respuesta inmunológica del huésped.

La escabiosis institucional es un grave problema epidemiológico en hospitales, institutos carcelarios, hogares para ancianos y guarderías donde es más fácil la transmisión interhumana. Cuando el caso índice corresponde a una sarna costrosa (Noruega) deben extremarse las medidas de control para evitar su diseminación.

Destacamos la ventaja del tratamiento con ivermectina por su elevada eficacia terapéutica, buena tolerancia y fácil administración, si bien en esta variedad, es frecuente la necesidad de requerir varias dosis.

El conocimiento de la variedad costrosa debe enfatizarse por su alta capacidad infestante, su manifestación cutánea no común y el aumento de su incidencia debido al aumento de pacientes inmunodeprimidos (SIDA; corticoterapia, tratamientos oncológicos y transplantados).

PALABRAS CLAVES:

- Sarna Costrosa (noruega)
- Brote epidémico intrahospitalario
- Ivermectina

Bibliografía:

Ibarguren A.

Dermatitis paraquertósica de origen parasitario (sarna noruega).
Rev. Derm. Soc. Arg. 2:90, 1914.

Basombrío G., Seoane M., Baliña L.M.

Reticuloendoteliosis y sarna costrosa asociada.
Rev. Arg. Derm. 42: 67-70, 1958.

Cabrera H., Gatti J.C., Garofalo M., Pizariello G., Tuculet M.

Sarna noruega en pacientes que reciben drogas inmunodepresoras.
Rev. Arg. Derm. 59: 56-60, 1978.

Manzini M.A., magnin P., Casas J.G., Olschansky M.

Sarna Noruega (forma eritrodérmicaescamosa).
Rev. Arg. Derm. 51: 20-26, 1967.

Orfilia G., Cabrera H., Rossi M., Pietropaolo N., Costa J.
Sarna noruega. Asociación con colagenosis (esclerodermia generalizada) y con nocardiosis.
Rev. Arg. Derm.64: 299-303, 1983

Burkmant C.G.
Scabies: An epidemiologic reassessment.
Ann. Int. Med. 98: 498-503, 1983.

Sirera G. , Romeu J, Rivera M. Y col.
Hospital out break of scabies stemming from two aids patients with norwegian scabie.
Lancet 335: 1227, 1990.

Braunstein W.
Scabies.
En: Principles and practice of infectious diseases. Mandel, Douglas and Bennett's 4a Ed.
Churchill Livingstone Inc. USA. 2:2560-62, 1995.

Corbett E.L., Crossley I., Holton J., Levell N., Miller R., De Cock K.M.
Crusted ("norwegian") scabies in a specialist hiv unit:
Successful use of ivermectin and failure to prevent nosocomial transmission.
Genitourin. Med. 1996; 72: 115-117.

Dannaoui E., Kiazard A., Piens M., Picot S.
Use of ivermectin for the management of scabies in a nursing home.
Eur. J. Dermatol. 9: 443-445, 1999.

Leppard B., Naburi A.E.
The use of ivermectin in controlling an outbreak of scabies in a prison.
Br. J. Dermatol. 143. 520-523, 2000.

12- Obasnajo O.O., Wu P., Conlon M., Karanfil L.V., Prior P., Moler G., Anhalt G.,
Chaisson R.E., Perl T.M. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned.
Infect. Control Hosp. Epidemiol. 22: 13-18, 2001.

Glover R., Young L., Goltz R.W.
Norwegian scabies in acquired immunodeficiency syndrome: report of a case resulting
in death from associated sepsis.
J. Am. Acad. Dermatol. 16: 396-398, 1987.

Meinking T.L., Taplin D., Hermida J.L., Pardo R., Kerdel F.A.
The treatment of scabies with ivermectin.
N. Eng. J. Med. 333: 26-30, 1995.

Papale M. R.

Ivermectina una opción en el tratamiento de la sarna.
Acta terap. Dermatol. 18: 201-203, 1995.

Alberici F., Pagani L., Ratti G., Viale P.
Ivermectina alone or in combination with benzyl benzoate in the treatment of human
Immunodeficiency virus-associated scabies.
Br. J. Dermatol. 142: 969-72, 2000.

Baden H.P.
Uñas.
En dermatología en medicina general. Fitzpatrick T.B., Eisen A.Z., Wolff K., Freedberg
I.N.,
Austen K.F. Ed. Panamericana. Buenos Aires 3:781, 1998.

Paasch U., Haustein U.F.
Management of endemic outbreaks of scabies with allerthrin, permethrin, and ivermectin.
Int. J. Dermatol. 39: 463-470, 2000.

Caumes E.
Ivermectine et dermatoses tropicales.
Bull Soc. Pathol Exot 90: 37-38. 1997.

Currie B., Huffam S., O'Brien D., Walton S.
Ivermectin for scabies.
Lancet 350: 1551, 1997.

Del Giudice P., Carles M., Couppie P., Bernard E., Lacour J. P., Marty P., Pradinaud R.,
Ortonne J.P., Dellamonica P., Le Fichoux Y.
Successful treatment of crusted (Norwegian) Scabies with ivermectin in two patients with
human immunodeficiency virus infection.
Br. J. Dermatol. 135: 495-496, 1996.

Coleman R.
The use of ivermectin in the treatment of scabies.
Ir. Med. J. 89: 167, 1996.

Conti Díaz I.A., Amaro J.
Treatment of human scabies with oral ivermectin.
Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo 41: 259-261, 1999.

Burkhart C.G., Burkhart C.N., Burkhart K.M.
An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies.
Cutis 65: 233-240, 2000.

Usha V., Gopalakrishnan N.T.V.
A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of

Scabies.

J. Am. Acad. Dermatol. 42: 236-240, 2000.

Huffam S.E., Currie B.J.

Ivermectin for sarcoptes scabiei hyperinfestation.

Int. J. Infect. Dis. 2: 152-154, 1998.

Resumen:

Objetivo: Comunicamos un brote epidémico intrahospitalario de sarna consecutivo a un caso de sarna costrosa y la eficacia de la terapia oral con ivermectina.

Casos: Una mujer de 43 años con Lupus Eritematoso sistémico tratada crónicamente con corticoterapia se hospitalizó con una sarna costrosa. Curó con tres dosis a intervalos de 14 días, de 12 mg. de ivermectina oral cada una. Tres médicos, tres enfermeras y una paciente hospitalizada contrajeron la enfermedad y fueron tratados exitosamente con una única dosis del medicamento .

Comentario: La sarna costrosa es una variante poco frecuente de la escabiosis, altamente contagiosa que se observa casi exclusivamente en individuos inmunocomprometidos. Las manifestaciones cutáneas diferentes a la sarna común y su contagiosidad pueden dificultar su diagnóstico facilitando el contagio y la aparición de brotes epidémicos en hospitales y residencias para gerontes. En los últimos años se ha utilizado la ivermectina como tratamiento por su facilidad de administración, efectividad y excelente tolerancia. Se requiere con frecuencia la administración de varias dosis del fármaco.

Su conocimiento debe enfatizarse debido al aumento de pacientes inmunodeprimidos (sida, corticoterapia, tratamientos oncológicos y transplantados), los potenciales huéspedes de esta entidad con altísima contagiosidad y clínica poco frecuente.

Fotos Nº 1 y 2:

Sarna costrosa. Antes del tratamiento con ivermectina.

Grandes áreas de lesiones costrosas y agrietadas.

Fotos Nº 3 y 4:

Las mismas áreas de las fotos Nº 1 y 2 después de 3 dosis de ivermectina de 12 mg. cada una, con intervalos de 14 y 12 días. Se observa la remisión clínica. La escarificación fue negativa.

