

Sarna noruega en una paciente con VIH

Norwegian scabies in a patient with HIV

CARLOS AUGUSTO SOLÓRZANO-RAMOS, ELENA CASTRO-SOLARTE,
DANIELA LORENA GUEVARA-RIVEROS, JULEIMA CÁRDENAS-VILLAMIZAR,
SALOMÉ PALLARES-ROJAS, SANTIAGO CADENA-ESPIITA • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.4676>

Resumen

Introducción: la sarna noruega es una enfermedad tegumentaria causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Su incidencia global se estima entre 200 y 300 millones de casos al año, afectando predominantemente a poblaciones carcelarias, habitantes de la calle y personas inmunocomprometidas. Es una enfermedad altamente contagiosa transmitida por contacto físico directo. El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico y la identificación del ácaro, sus huevos o heces a través de herramientas microscópicas. El tratamiento está orientado a la erradicación de la población de ácaros mediante el uso de medicamentos acaricidas y ovicidas.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente femenina con antecedentes de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en categoría de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y bajo terapia antirretroviral, quien acudió al Hospital de Kennedy con un cuadro de un mes de evolución, consistente en lesiones hiperqueratósicas diseminadas, blanquecinas, tipo placa, escamosas, asociadas con prurito y sensación de ardor localizado. Se sospechó sarna noruega y se inició manejo con ivermectina y permethrina, con evolución clínica favorable. (*Acta Med Colomb 2025; 50*. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.4676>).

Palabras clave: sarna noruega, *Sarcoptes scabiei*, VIH, ácaros, escabiosis.

Abstract

Introduction: Norwegian scabies is a skin disease caused by the *Sarcoptes scabiei* mite. Its global incidence is estimated at 200 to 300 million cases per year, mainly affecting prison populations and homeless and immunocompromised people. It is a highly contagious disease transmitted by direct physical contact. It is diagnosed by physical exam and microscopic identification of the mite, its eggs or feces. Treatment is aimed at eradicating the mite population using acaricides and ovicides.

Clinical case: we present the case of a female patient with a history of human immunodeficiency virus (HIV) infection, classified as acquired immune deficiency syndrome (AIDS), who was being treated with antiretrovirals. She presented to Hospital de Kennedy with a one-month history of disseminated whitish, scaly, hyperkeratotic plaques, associated with itching and localized burning. Norwegian scabies was suspected, and treatment was started with ivermectin and permethrin, with a positive clinical course. (*Acta Med Colomb 2025; 50*. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.4676>).

Keywords: Norwegian scabies, *Sarcoptes scabiei*, HIV, mites, scabies.

Dres. Carlos Augusto Solórzano-Ramos, Elena Castro-Solarte, Daniela Lorena Guevara-Riveros, Juleima Cárdenas-Villamizar: Departamento de Enfermedades Infecciosas, Subred Sur Occidente E.S.E; Dres. Salomé Pallares-Rojas, Santiago Cadena-Espitia: Departamento de Medicina, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia). Correspondencia: Dr. Carlos Augusto Solórzano-Ramos. Bogotá, D.C. (Colombia). E-Mail: csolorzanor@unal.edu.co

Recibido: 3/II/2025 Aceptado: 23/VIII/2025

Introducción

La sarna noruega es una enfermedad cutánea poco frecuente causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Afeta principalmente a individuos inmunosuprimidos, mientras que en personas inmunocompetentes suele manifestarse en su forma clásica (nodular) (1, 2). Es una condición altamente contagiosa, transmitida por contacto físico directo o mediante fómites contaminados, lo que hace esencial la evaluación del entorno del paciente (3). Se caracteriza por prurito intenso y pápulas, vesículas o nódulos en piel (1).

En pacientes inmunosuprimidos, especialmente aquellos con VIH y conteos de linfocitos CD4 menores a 150 células/ μ L, la presentación clínica puede ser diversa, incluyéndose la sarna noruega (4).

El diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica y la visualización microscópica (5), aunque puede ser desafiante debido a diagnósticos diferenciales como psoriasis, eccema, dermatitis por contacto, picaduras de insectos, dermatitis seborreica, liquen plano, infecciones sistémicas, queratodermia palmoplantar y linfoma cutáneo (6). El trata-

miento está dirigido a erradicar los ácaros mediante fármacos acaricidas y ovicidas, complementado con medidas locales para reducir la sintomatología (3).

Reporte del caso

Paciente femenina en la segunda década de la vida con diagnóstico de infección por VIH desde 2017, en estadio C3 según la clasificación de los CDC. Presentaba antecedentes de uso de cuatro esquemas de terapia antirretroviral (TAR), siendo el más reciente abacavir/lamivudina/dolutegravir, iniciado un año antes. Mostraba baja adherencia al tratamiento, con inmunosupresión severa ($43 \text{ células}/\mu\text{L}$; 9.78%) y alta replicación viral (carga viral: 527 471 copias/mL; log 5.72).

Ingresó al servicio de urgencias del Hospital de Kennedy por síntomas urinarios irritativos de un mes de evolución, asociados a compromiso dermatológico caracterizado por lesiones escamosas e hiperqueratósicas diseminadas, localizadas predominantemente en axilas bilaterales, pabellón auricular, región inguinal, areolas mamarias y área periumbilical, acompañadas de xerosis, fisuras y excoriaciones (Figura 1).

Los exámenes iniciales mostraron leucocitosis con linfopenia ($3480 \text{ leucocitos}/\text{mm}^3$; 20% de eosinófilos [$1300 \text{ eosinófilos}/\text{mm}^3$]), conteo de CD4 de $43 \text{ células}/\text{mm}^3$ (7.2%), creatinina elevada 2.17 mg/dL y electrolitos dentro de rangos normales.

Inicialmente, se consideró una infección tegumentaria por *Cryptococcus*, pero el resultado de látex fue negativo. El especialista en enfermedades infecciosas planteó como diagnóstico diferencial sarna noruega. Se inició tratamiento con ivermectina oral, permetrina tópica a nivel del cuero cabelludo y vaselina pura. Tras 13 días de terapia, la paciente refirió mejoría clínica (Figura 2).

Se descartaron otras infecciones oportunistas según el estado inmunológico, y la paciente fue dada de alta con indicaciones de seguimiento por dermatología y enfermedades infecciosas.

Discusión

La sarna afecta entre 200 y 300 millones de personas al año (3). En Colombia, la incidencia estimada es 5.3 casos por 100 000 habitantes (1). Los grupos más afectados incluyen ancianos, personas privadas de la libertad, habitantes de la calle y pacientes inmunosuprimidos. Aunque es una enfermedad rara, su incidencia ha aumentado en los últimos años, principalmente en relación con estados de inmunosupresión, como en pacientes con VIH con linfocitos CD4 menores a $150/\text{mm}^3$ (2, 7).

Es altamente contagiosa y se transmite por contacto directo o por el uso compartido de ropa, cobijas, almohadas, toallas y muebles donde el ácaro esté presente (3,6). Su ciclo de vida comienza cuando la hembra crea un túnel en el estrato córneo, donde deposita 2–3 huevos diarios. Estos evolucionan a larvas, luego a ninfas y finalmente a adultos. La transmisión ocurre cuando las hembras grávidas entran en contacto con la piel de un nuevo huésped (1, 3).

En pacientes inmunosuprimidos, las manifestaciones clínicas pueden variar, pero generalmente incluyen prurito intenso y lesiones características (pápulas, vesículas, nódulos o túneles de ácaros), con un período de incubación de 2–6 semanas después de la infestación inicial (1, 8), en la Figura 3 se muestran las localizaciones anatómicas más frecuentes.

El diagnóstico se realiza mediante examen clínico y visualización del ácaro o sus productos en muestras cutáneas (1, 8). Sin embargo, puede retrasarse debido a diagnósticos



Figura 1. Lesiones en piel al ingreso.



Figura 2. Lesiones en piel luego del tratamiento.

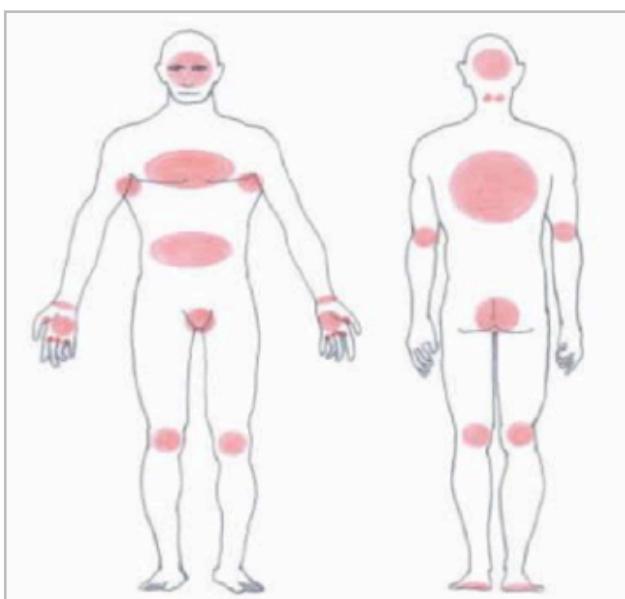


Figura 3. Localización de las lesiones anatómicas típicas.

diferenciales erróneos, afectando el manejo del paciente (6). En la Tabla 1 se presentan los criterios de la AICS 2019 para el abordaje diagnóstico.

El tratamiento incluye acaricidas y ovicidas. La ivermectina oral, administrada en dosis de 200 µg/kg y repetida a los siete días, logra una eficacia de entre 63 y 92.8% (1, 8). La permetrina tópica a 5%, con una eficacia de 93% al final del tratamiento, es también ampliamente utilizada. Además, se recomiendan medidas locales como el uso de vaselina con

Tabla 1. Criterios International Alliance for the Control of Scabies (IACS) 2019.

AICS CRITERIA 2019
A: Sarna confirmada (confirmación parasitológica) Al menos uno de los siguientes criterios: A1: ácaros, huevos o heces visualizados mediante microscopía óptica en muestras de piel. A2: ácaros, huevos o heces visualizados en el paciente mediante un dispositivo de imagen de alta resolución. A3: ácaro visualizado en el paciente mediante dermatoscopia.
B: Confirmación clínica Al menos uno de los siguientes criterios: B1: presencia de túneles de sarna. B2: lesiones típicas que afectan la región genital masculina. B3: lesiones típicas con una distribución característica y dos antecedentes: uno clínico y uno epidemiológico.
C: Sospecha de sarna Al menos uno de los siguientes criterios: C1: lesiones típicas con una distribución característica y un antecedente. C2: lesiones o distribución atípicas con dos antecedentes.
Sarna clínica Síntomas clínicos sugestivos de sarna, incluyendo costras hiperqueratósicas y fisuras cutáneas como resultado de una infestación severa.
Antecedentes H1: prurito. H2: contacto cercano con una persona que presenta prurito o lesiones típicas con distribución característica.

azufre a 2.5–10%, baños diarios y desinfección constante del entorno (6).

Aunque el diagnóstico es sencillo, puede retrasarse en pacientes con VIH/SIDA debido a presentaciones clínicas atípicas. La falta de acceso a terapia en poblaciones vulnerables, como migrantes, incrementa el riesgo de esta enfermedad, lo que resalta la necesidad de considerar su impacto en la salud pública.

Aprobación Comité Ética

El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación de la Subred Sur Occidente E.S.E occidente, Hospital de Kennedy Bogotá.

Referencias

1. **Florido-Marroquín A.** Control de la escabiosis, en el marco del programa nacional de enfermedades infecciosas desatendidas. Enero 2022. Accedido 22 agosto

2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Escabiosis.aspx>

2. **Chang P, Borjas LCA, Fernández FV.** Sarna noruega. Dermatología Cosmética, médica y quirúrgica. 2013;7(4):1-4.
3. **Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA.** Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. J Infect Dev Ctries. 2022;16(2):244-251.
4. **Pakanati K, Jagota D, Ladogana M.** Norwegian scabies in HIV/AIDS. Proc Bayl Univ Med Cent. 2022;35(3):346-347.
5. **Orkin M.** Scabies in AIDS. Semin Dermatol. 1993;12(1):9-14.
6. **Matsuura H, Senoo A, Saito M, Fujimoto Y.** Norwegian scabies. Cleve Clin J Med. 2019;86(3):163-164.
7. **Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H.** Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arzteblatt Int. 2021;118(41):695-704.
8. **Fernández-Sánchez M, Saeb-Lima M, Alvarado-de la Barrera C, Reyes-Terán G.** Crusted scabies-associated immune reconstitution inflammatory syndrome. BMC Infect Dis. 2012;12:323.

