

¿Sarna persistente o nódulo escabiótico?



Sebastian Podlipnik
Médico adjunto.
Servicio de Dermatología.
Hospital Clínic
de Barcelona.
Instituto
de Investigaciones
Biomédicas August Pi
i Sunyer (IDIBAPS).
Clínica Diagnosis
Dermatológica.
Barcelona.

Mi paciente es un joven varón de 34 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos de importancia. Acude a la consulta acompañado por su pareja y nos comentan una historia de casi un año de evolución de prurito generalizado. Ambos pacientes habían sido previamente diagnosticados por un dermatólogo de sarna, que fue confirmada mediante la prueba de Müller (visión al microscopio de material epidérmico obtenido por raspado para la visualización de parásitos).

El diagnóstico estaba claro y el tratamiento de nuestros pacientes parecía bastante fácil; sin embargo, la evolución de la enfermedad diría algo distinto. Durante el año previo a la consulta, los pacientes realizaron al menos tres tandas de tratamiento con ivermectina oral en dosis de 14 mg, con dos dosis separadas por una se-

mana. Además, siguieron al pie de la letra todas las medidas generales indicadas por el especialista. Inicialmente, tenían buena respuesta, pero rápidamente notaban que aparecían nuevas lesiones papulosas muy pruriginosas, que eran compatibles con reinfestación por sarna. Además, después de la última tanda de tratamiento, el paciente presentó una erupción eccematosa generalizada pruriginosa, que fue compatible con una reacción de Mazzotti (reacción secundaria a la destrucción masiva de parásitos).

Después de todo esto, parecían haber mejorado, pero, durante las últimas semanas, el paciente había comenzado a presentar lesiones aisladas eritematosas y pruriginosas en el pene (fig. 1). El resto del examen físico no mostraba más lesiones. Inicialmente, el diagnóstico de sospecha fue de un



Figura 1. Imagen clínica de un nódulo eritematoso en la cara ventral del pene, muy sugestiva de un nódulo escabiótico.

nódulo escabiótico; sin embargo, queríamos estar seguros, por lo que realizamos las siguientes exploraciones.

El estudio mediante dermatoscopia (fig. 2) de la lesión, aunque sutil, fue útil, porque se evidenciaba una imagen en ala delta, muy sugestiva de sarna. Para estar seguros, y poder darle una respuesta a nuestro paciente, optamos por realizar una microscopia confocal (VivaScope® 3000) de una de las lesiones del pene (fig. 3). Aquí, inequívocamente se observó un ácaro *Sarcoptes scabiei* y numerosas estructuras redondas hiperrefráciles, correspondientes a heces. Además, siguiendo el

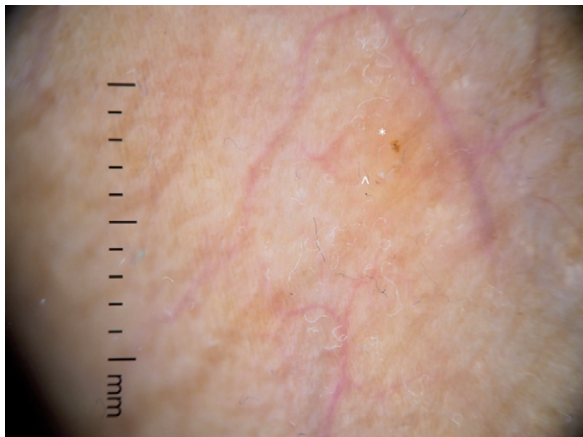


Figura 2. En la imagen dermatoscópica, logramos identificar una zona pigmentada que corresponde a una pequeña costra (*) y una imagen única sugestiva del signo de ala delta (^).

camino del surco, fue posible observar otros parásitos de menor tamaño.

La sarna es una infestación cutánea contagiosa producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Los síntomas más comunes incluyen un intenso picor y una erupción papulosa generalizada. La infección ocurre por contacto directo de persona a persona, incluyendo el contacto sexual, y menos frecuentemente, por contacto con fómites infectados. Normalmente, en la primera infección, el paciente suele desarrollar los síntomas en un plazo de dos a seis semanas, mientras que, en la reinfección, los síntomas pueden aparecer hasta 1-3 días después de la reinfección¹.

Si bien los dermatólogos estamos acostumbrados a hacer el diagnóstico y tratamiento de la sarna, existen situaciones en donde persiste el prurito y aparentemente sin lesiones cutáneas, o se desarrollan nódulos escabióticos. Aunque es cierto que el picor puede estar presente durante algunas semanas por un fenómeno inmunitario, es fundamental hacer un examen físico completo para descartar una reinfección. Para ello, he ilustrado este caso con la dermatoscopia, que nos permite ver estructuras del parásito que son clínicamente inapreciables a simple vista. Además, se ha demostrado que la microscopia confocal es útil en muchas enfermedades infecciosas de la piel, ya que permite una confirmación rápida y no invasiva del diagnóstico. En el caso de la sarna, se puede

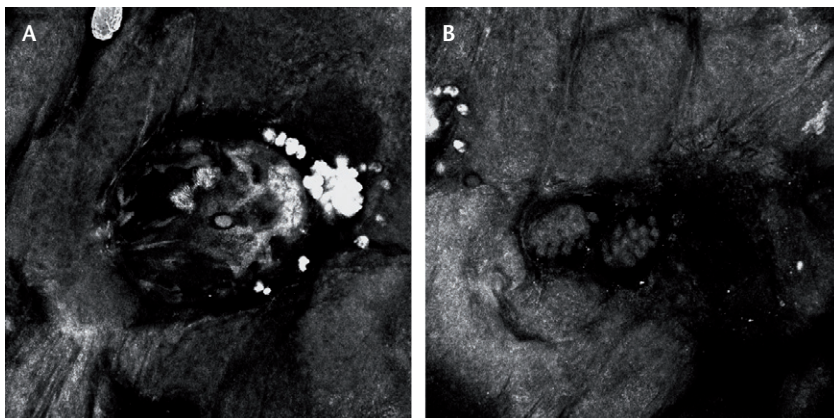


Figura 3. Imagen de microscopia confocal.

En el panel A, se observa el parásito de *Sarcoptes scabiei* y numerosas imágenes hiperrefráciles blancas redondeadas que corresponden a las heces del parásito. En el panel B, se observan formas inmaduras del ácaro.

observar el ácaro, los huevos y las heces en tiempo real, sin necesidad de realizar una prueba de Müller. Esta técnica también permite controlar la respuesta al tratamiento, ya que se pueden apreciar los indicadores de infección activa, así como los huevos en los surcos y el movimiento peristáltico en el tracto digestivo del ácaro².

Recientemente, en las guías publicadas por la Alianza Internacional para el Control de la Sarna (IACS; por las siglas en inglés de: International Alliance for the Control of Scabies), se han definido los criterios diagnósticos de la sarna, que incluyen la microscopia confocal y la dermatos-

copia como métodos de confirmación de la infestación³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2017;31(8):1248-53.
2. Fustà-Novell X, Morgado-Carrasco D, Puig S. Diagnosis of scabies confirmed with confocal microscopy. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(3):263-4.
3. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol.* 2020;183(5):808-20.