

USO DE IVERMECTINA EN SARNA NORUEGA

Dra. Amalia Panzarelli*

Panzarelli A.: **Uso de Ivermectina en Sarna Noruega.** Derm Venez 1998; 36: 19-23

RESUMEN

La Sarna Noruega es más difícil de tratar que la escabiosis común, pudiendo requerir repetidos tratamientos con escabicidas y a veces el uso de varios agentes de manera secuencial en ocasiones con fracaso. Ivermectina es un agente antiparasitario usado en la práctica veterinaria contra un amplio rango de nemátodos, insectos y parásitos acarinos. En humanos, ha sido ampliamente usado en Oncocercosis.

Reportes anecdóticos de su uso con curación en pacientes con infestación por *Sarcoptes scabiei* sugieren que esta enfermedad ectoparasitaria puede ser tratada con Ivermectina. La dosis oral recomendada es de 200 ug/kg para escabiosis no complicada, una segunda dosis para los aún sintomáticos es recomendada.

Se reporta un paciente con SIDA y Sarna Noruega tratado exitosamente con Ivermectina oral.

Palabras clave: Escabiosis. Sarna Noruega. SIDA. Ivermectina.

ABSTRACT

The crusted (Norwegian) scabies is more difficult to treat than ordinary scabies and may require repeated treatments with scabicides and sometimes the sequential use of several agents. Ivermectin is an antiparasitic agent used in veterinary practice against a wide range of nematodes, insects and acarine parasites. It is commonly used to treat onchocerciasis in humans.

Anecdotal reports of improvement in patients who suffered from infestation with the mite *Sarcoptes scabiei* suggest that the ectoparasitic disease scabies might be treated with ivermectin. The recommended oral dose is 200 ug/kg for a non complicated scabies and a second dose is suggested for those still symptomatic patients. Its been reported a patient with AIDS and crusted scabies that was successfully treated with oral ivermectin.

Key words: Scabies-Norwegian. Scabies - AIDS. Ivermectin.

INTRODUCCION

La Sarna Noruega, sarna costrosa o hiperqueratósica, es una forma poco frecuente de presentación de la enfermedad causada por la infestación con *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* y se distingue de la sarna común por la presencia de lesiones clínicas características y una gran proliferación de acaros que llegan a contarse por miles o millones y que le confieren una elevada contagiosidad^(1,2)

Es más difícil de tratar que la sarna ordinaria, pudiendo requerir repetidos tratamientos con escabicidas y a ve-

ces el uso de varios agentes de manera secuencial⁽³⁾.

Los tratamientos recomendados incluyen lindano al 1% (hexacloruro de gammabenceno), benzoato de bencilo al 20%, monosulfato de tetractiltiuram al 25%, crotamitón al 10%, agentes queratolíticos^(3,4,5)

Ivermectina es un producto de investigación entre Instituto Kitasato en Japón y Laboratorios Merk Sharp Dome en USA, surgido en la década de los 70, derivado de cultivos de actinomicetos: *Streptomyces avermili*, que produjo una clase de compuestos denominados avermectinas. Uno de ellos, avermectina B1, fue más tarde modificada químicamente resultando la forma denominada Ivermec-

tina, parecida en su estructura a los antibióticos macrólidos pero sin actividad antibacteriana^(3,6)

Ivermectina resultó un potente agente antiparasitario, usado desde entonces en la práctica veterinaria contra una amplia gama de insectos, nemátodos y parásitos acarinos de animales⁽³⁾. En humanos, ha sido comúnmente utilizado en el tratamiento de la Oncocercosis producida por la forma larvaria de *Onchocerca volvulus*, en la quimioprofilaxis de la Loiasis y de la filariasis por *Wuchereria bancrofti* También ha sido utilizado exitosamente en el tratamiento de la infección por *Strongyloides stercoralis*, un frecuente e importante patógeno en pacientes con SIDA⁽³⁾.

* Dermatólogo, Hospital José Ignacio Baldó, Caracas.

Reportes más o menos recientes sobre el uso de Ivermectina en escabiosis común^(9,10) han entusiasmado a la comunidad médica general, promoviendo su utilización en formas severas de la misma, especialmente vistas en personas inmunosuprimidas^(2,3,11).

Se describe un paciente coinfectado con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Sarna Noruega, tratado exitosamente con Ivermectina oral.

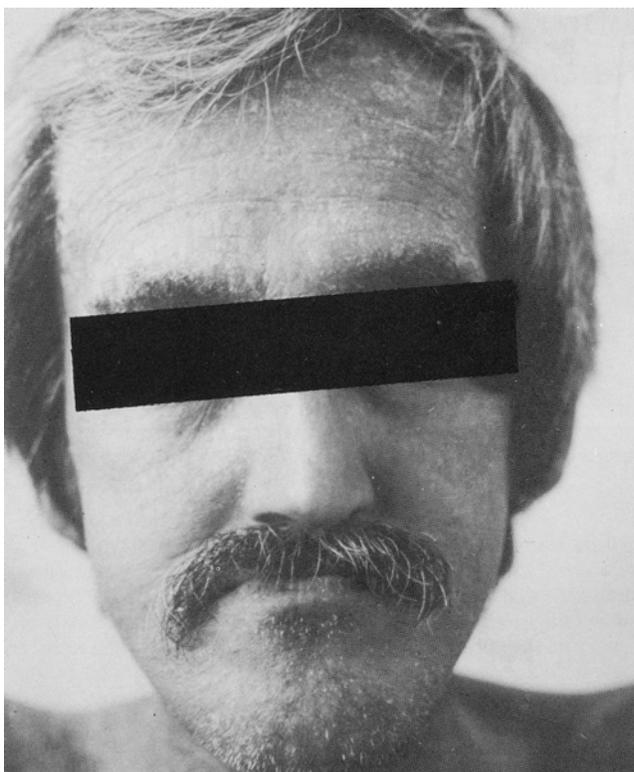
CASO CLINICO

Paciente (iniciales GZP) masculino, 40 años, natural de San Cristóbal Edo. Táchira, y procedente de la localidad heterosexual promiscuo, conocido VIH-positivo desde 1995 cuando se le diagnosticó Tuberculosis pulmonar y Neumocistosis por lo cual recibió tratamiento cuádruple anti-TBC por 8 meses y TMP-SMX con buena evolución.

Asintomático en piel hasta Julio de 1996, cuando presenta erupción papular excoriada descamativa y pruriginosa en tronco, pliegues axilares y cara, por lo cual consultó centro hospitalario donde le indican ketoconazol tópico, el cual recibe por 2 meses, sin mejoría, consultando este centro donde se decide su ingreso.

Al examen: paciente con SIDA en fase IV. Talla 1,83 cm; Peso 55 Kg (ideal 74 kg). En piel, erupción eritematosa descamativa generalizada con acentuado toque en cara y cuero cabelludo (Figura 1) y en algunas zonas como codos (Figura 2), palmas, plantas y dorso de pies se presentaban como placas costrosas gruesas de aspecto queratodérmico. Limitación de la deambulación por el toque plantar severo. Uñas distróficas, engrosadas con opacidad y considerable hiperqueratosis subungueal (Fig. 3). Múl-

FIGURA 1



Erupción eritemato-descamativa en cara y cuero cabelludo. Se encontraron múltiples ácaros, huevos y heces en los exámenes directos.

FIGURA 2



Sarna Noruega. Placas queratodérmicas en codos.

FIGURA 3



Sarna Noruega. Lesiones hiperqueratósicas y costrosas en dorso de pies y uñas distróficas con opacidad e hiperqueratosis subungueal

tiples adenopatías en pliegues axilares, ingles y codos. También placas blanquecinas fácilmente desprendibles en mucosa orofaríngea. No visceromegalias. Resto del examen clínico normal.

Varios exámenes directos de escamas obtenidas por raspado de lesiones ubicadas en tronco, cara, plantas y uñas; mostraron incontable número de ácaros huevos y heces.

Exámenes Paraclínicos positivos: Hb: 8,3% gr%; Hto: 24,4. MCV: 100 fl MCHC: 34g/dl; Leucocitos: 2400 por mm; Eusínófilos: 5%; Linfocitos: 39%; Seg. 56%; VSG 65/80; Plaquetas: 36.000 K/u/l (VN:120.000 - 240.000) Proteínas totales 4,1 gr% (VN: 6-8,3); Albúminas 1 gr/dl; (VN: 3,5-5,3); Globulinas: 3 (VN: 2,5 - 4,8). Cultivo de lesiones orales: *Cándida sp.*

Otros exámenes: Orina, pruebas hepáticas, heces, VDRL, PT y PTT, Reticulocitos, Rx de tórax, eran normales y/o negativos.

Con los diagnósticos de SIDA en

Fase IV complicado con: 1) Sarna Noruega. 2) Candidiasis orofaríngea. 3) Hipoalbuminemia. 4) Anemia macrocítica-normocrómica, 5) Plaquetopenia; permanece hospitalizado recibiendo tratamiento secuencial con Lindano al 10%, Crema Azufrada al 10% y Permetrinas, sin mejoría. También transfusiones de plasma fresco, fluconazol oral y apoyo nutricional.

Una vez restablecidos sus otros problemas, básicamente la hipoalbuminemia, anemia y plaquetopenia y en vista de no mejoría del cuadro cutáneo, se decidió administrar Ivermectina a dosis de 200 ug/Kg (pico-gramo/Kg), el total de la dosis fue 12 mg, repartidas en tomas de 6 mg semanal, lo cual se cumplió sin efectos colaterales.

Desde las 72 horas post-administración de la primera tableta, se observó una dramática mejoría de la descamación y costras situación que se acentuó después de la administración de la segunda tableta completándose así la primera dosis total. Sin embargo, persistían ácaros y huevos

en los diferentes exámenes directos de control y comenzó a presentar prurito, por lo cual 3 semanas después se administró una dosis adicional de 6 mg sin efectos secundarios y con desaparición del prurito y negativización de los exámenes directos. Egresó 2 semanas después con tratamiento tópico interdiario (crema azufrada al 10%) y crema salicilada ungueal.

Tres meses después reingresó con cuadro diarreico por *Criptosporidium* y deshidratación severa que fue la causa del deceso. En piel, sólo distrofia ungueal; los diferentes exámenes directos de control obtenidos por raspado estaban negativos, aún recibía tratamiento tópico en uñas.

DISCUSION

La Sarna Noruega habitualmente se ha descrito en personas que presentan trastornos genéticos tipo Síndrome de Down, alteraciones neurológicas como neuropatías secundarias a Diabetes mellitus o Lepra lepromatosa^(1,5,12). En pacientes afectados con lepra fue donde se describió por primera vez en 1848 por Danielssen y Boeck⁽¹⁾. También se ha encontrado en personas inmunosuprimidas por tratamientos esteroideos^(13,14) quimioterapia, desnutrición y de manera más reciente asociada a la infección por VIH^(1,15)

En 1986, Rau y Baird⁽⁶⁾ reportaron por primera vez la Sarna Noruega en pacientes con SIDA, luego Sadick y col⁽¹⁷⁾ reportan otro caso denominándolo "escabiosis exagerada" en pacientes con SIDA y que constituiría una forma intermedia entre la sarna común y la Noruega. Desde entonces casos atípicos de Sarna Noruega y SIDA se vienen describiendo frecuentemente, algunos han muerto de sepsis bacteriana de punto de partida cutáneo⁽¹⁸⁾.

La asociación Sarna Noruega y SIDA podría ser casual, sin embargo, los enfermos afectados pueden reunir en algún momento de su evolución varias de las condiciones que tradicionalmente se reconocen como facilitadoras para el desarrollo de esta escabiosis, entre ellas destacan: déficit de la inmunidad celular y humoral, ausencia de prurito que condiciona disminución del rascado y por consiguiente disminución de la eliminación mecánica del ácaro, déficit de las condiciones higiénicas y en algunos casos enfermedades neurológicas asociadas⁽¹⁾.

Clínicamente se presenta como una erupción eritemato-descamativa que en algunas zonas como codos, genitales o grandes pliegues, adoptan formas de placas costrosas o hiperqueratósicas. Pueden estar afectadas cara, cuero cabelludo, cuello y uñas y en ocasiones puede hallarse un cuadro morfológico similar a una eritrodermia^(1,16,18).

A diferencia de lo que ocurre en la sarna común, en ésta, el prurito es escaso o ausente y suele acompañar-se de adenopatías y eosinofilia periférica⁽¹⁶⁾ como en el paciente presentado.

No siempre se encuentra la erupción tradicional, de tal manera que en pacientes VIH positivos con erupciones atípicas deberían practicársele varios exámenes directos al microscopio de escamas obtenidas por raspado para descartar la presencia de *Sarcoptes scabiei* o biopsia⁽¹⁵⁾.

No es infrecuente que el diagnóstico se retarde porque esta enfermedad puede parecerse a otras enfermedades que afectan a estos pacientes tales como: dermatitis seborreica, psoriasis o erupciones medicamento-

sas^(15,16). Por otra parte, el diagnóstico temprano previene la diseminación y hasta epidemias a partir de un caso de Sarna Noruega^(15,18).

Algunos pueden cursar con un conteo bajo de los linfocitos CD4 sin embargo, en otros el conteo de CD4 es mayor de 200/mm³⁽¹⁶⁾; al parecer se necesitan más estudios para concluir si hay correlación al respecto. Esta determinación no se pudo realizar en este paciente por razones económicas.

En relación a ivermectina, más de una década de uso en Oncocercosis parece indicar que es una droga bastante segura; los efectos colaterales descritos en estos casos incluyen, as-tenia, fiebre, mialgias, cefalea, artralgias y anorexia⁽³⁾.

En cuanto a su utilización en escabiosis, los diferentes autores consultados no notaron efectos adversos^(2,3,9,11) tampoco se encontraron reportes de esta naturaleza en publicaciones consultadas durante los últimos 6 años (Medline, Lilacs).

La mejoría dramática de estos pacientes, descrita por los diferentes auto-res y observada en este caso justifica su utilización en especial cuando los tratamientos tópicos han fallado.

La dosis de ivermectina oral recomendada es de 200 ug/Kg (microgramos/Kg) para escabiosis no complicada, una segunda dosis para los aún sintomáticos aunque no se encuentren ácaros, es recomendada⁽³⁾. El requerimiento de dosis adicionales explicaría el alto número de fallas comunicado por otros autores⁽¹⁰⁾ quienes evaluaron sus pacientes sólo una semana después del tratamiento con ivermectina.

En el caso presentado, se adminis-

tró una segunda dosis (3ra. tableta) correspondiente a la mitad de la do-sis total que le tocaba de acuerdo a su peso, por persistencia de síntomas y positividad de los exámenes directos sin efectos colaterales y con buena respuesta clínica.

Aubin y col.⁽¹²⁾ han reportado la efectividad de una dosis única de 12 mg de ivermectina en Sarna Noruega sin recurrencia, ninguno aparente-mente estaba coinfectado con VIH.

Ivermectina no parece dejar actividad residual, habiéndose comunicado pacientes que se reinfestaron dos o tres meses después del tratamiento⁽³⁾.

CONCLUSION

Todo hace presumir que la ivermectina oral es un tratamiento potencialmente bueno para Sarna Noruega, si efectos colaterales importantes, sin embargo, se hacen necesarios estudios prospectivos para evaluar la efectividad del mismo, dosis ideal, riesgo de recurrencia post-tratamiento e incidencia de efectos secundarios.

Particularmente todo hace suponer que la combinación de ivermectina con tratamientos tópicos secuenciales optimizan los resultados en Sarna Noruega y como el medicamento no parece tener acción residual, el tratamiento tópico debería prolongarse de acuerdo a la evolución y tolerancia individual para garantizar curación y evitar recaídas.

REFERENCIAS

1. Ribera Pibernat M.: El resurgimiento de la Sarna Noruega. *Piel* 1991; 6:45-46.
2. Aubin F, Humbert P.: Ivermectin for crusted (Norwegian) scabies [letter]. *N Engl J Med.* 1995; 332:612.

3. Meiking TL, Taplin J, Hermida J, Pardo R, Kerdel FA.: The treatment of scabies with ivermectin. *N Eng J Med* 1995; 333: 26-30.
4. Taplin D, Meiking TL. Pyrethrins and pyrethroids in Dermatology. *Arch Dermatol* 1990; 126:213-21.
5. Schultz MW, Gomez M, Hansen RC, et al: Comparative study of 5% permethrin cream and 1% lindane lotion for the treatment of scabies. *Arch Dermatol* 1990; 126:167-70.
6. Campbell WC.: Ivermectin an update. *Parasitol Today* 1985; 1:10-6.
7. Encarnacion CF, Giordano MF, Murray AHW.: Onchocerciasis in New York city: the Moa-Manhattan connection. *Arch Intern Med.* 1994; 154:1749-51
8. Cartel JL, Nguyen NL, Moulia-Peltat JP, et al: Mass chemoprophylaxis of lymphatic filariasis with a single dose of ivermectin in a Polynesian community with a high *Wuchereria bancrofti* infection rate. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1992; 86: 537-40.
9. Glaziou P, Cartel JL, Alzieu P, et al: Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 1993; 44:331-2.
10. Macotela Ruiz E, Peña González G.: Tratamiento de la escabiasis con ivermectins oral. *Gaceta Médica de México*, 1993; 129:201-5.
11. Marty P, Gari-Toussaint M, Le Fichoux Y, et al: Efficacy of ivermectin in the treatment of an epidemic of sarcoptic scabies. *Ann Trop Med Parasitol* 1994; 88:453.
12. Moberg S, Ldwhagen G, Hesle K.: An epidemic of scabies with unusual features and treatment resistance in a nursing home. *J Am Acad Dermatol*, 1984; 11:242-44.
13. Hevia Oramas Y, Piquero J. Sarna Noruega inducida por esteroides tópicos. *Derm Venez.*, 1985; 23:49-51.
14. Slawsky LD, Maroon M, Tyler WB, et al: Association of scabies with a bullous pemphigoid-like eruption. *J. Am Acad Dermatol*, 1996; 34: 878-9.
15. Portu JJ, Santamaría JM, Zubero Z, et al: Atypical scabies in HIV-positive patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:915-7.
16. Rau RC, Baird IM. Crusted scabies in a patient with acquired immunodeficiency syndrome [letter]. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:1058-9.
17. Sadick N, Kaplan MH, Pahwa SG, et al: Unusual features of scabies complicating human T-lymphotropic virus type III infection. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:484-6.
18. Glover R, Young L, Goltz RW. Norwegian scabies in acquired immunodeficiency syndrome: report of a case resulting in death from associated sepsis [letter]. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16:396-9.
19. Spach DH, Fritsche TR. Norwegian scabies in a patient with AIDS. *N Engl J Med* 1994; 334:777.
20. Sirera G, Rius F, Romeu JM, et al: Hospital outbreak of scabies stemming from two AIDS patients with Norwegian scabies. *Lancet* 1990; 335:1227.