

Acarosis ampollar: serie de casos

Bullous scabies: a case serie

**María del Carmen Tello-Flores,¹ Rosa Inés Castro-Rodríguez,²
Felipe Velásquez-Valderrama,² Rosalía Angélica Ballona-Chambergó³**

RESUMEN

La sarna es una infestación cutánea por *Sarcoptes scabiei*, caracterizado por un polimorfismo clínico donde podemos evidenciar desde el típico surco acarino hasta lesiones tipo pápulas, vesículas, ampollas, excoriaciones y costras. La acarosis ampollar es una patología muy infrecuente. Posee una clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa semejante a penfigoide ampollar. Presentamos dos casos clínicos con este diagnóstico, ambos en la edad pediátrica, con buena respuesta a distintos tratamientos acaricidas.

PALABRAS CLAVE. Acarosis ampollar; Penfigoide ampollar; Inmunofluorescencia directa

ABSTRACT

*Scabies is a skin infestation caused by *Sarcoptes scabiei*, characterized by polymorphous lesions that may include burrows, papules, nodules, excoriation, and crusts. The bullous scabies is a very rare disease. It has a clinic, histopathology and direct immunofluorescence like bullous pemphigoid. We present two cases with this diagnosis, both in children with good response to different acaricides.*

KEY WORDS. Bullous scabies, bullous pemphigoid, direct immunofluorescence.

INTRODUCCIÓN

La sarna o escabiosis es una enfermedad infectocontagiosa, causada por *Sarcoptes scabiei*. La lesión patognomónica es el surco acarino, pero además pueden presentarse otro tipo de lesiones como pápulas pruriginosas, nódulos inflamatorios, vesículas, pústulas o excoriaciones.^{1,2}

Puede afectar tanto a niños como ancianos, siendo estos últimos los más susceptibles de padecer las formas atípicas de la enfermedad: habones ó ampollas. La forma ampollar tiene una prevalencia muy baja, se han descrito en la literatura hasta el momento 25 casos a nivel mundial, de los cuales solo 4 corresponden a la edad pediátrica.³

CASO CLÍNICO 1

Lactante mujer, de dos meses de edad, sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia.

Acude con un tiempo de enfermedad de 45 días, caracterizado por ronchas y vesículas rojizas en el tronco, con aumento progresivo hacia extremidades, se asocia aparición de costras con secreción purulenta. La madre presenta lesiones en manos y abdomen.

1. Médico residente de Segundo año de Dermatología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

2. Médico asistente del servicio de Dermatología, Instituto de Salud del Niño

3. Jefe del servicio de Dermatología, Instituto de Salud del Niño

Durante la hospitalización aparecen máculas eritematosas y ampollas tensas a predominio de tórax anterior (Figuras 1 y 2). No compromiso del estado general del paciente.

Entre los exámenes de laboratorio practicados, presentó un hematocrito de 36%; plaquetas, 584 000; leucocitos, 28 300; eosinófilos, 30%. Elisa para VIH y HTLV-1 negativos. KOH directo negativo.

Se le practicó una biopsia de piel de una de las ampollas evidenciándose destrucción de la epidermis, abundante infiltrado de eosinófilos así como de polimorfonucleares. Se realiza también estudio de piel sana para inmunofluorescencia directa (IFD), que resulta negativo para Ac IgG, IgM, IgA y C3.

Debido a las manifestaciones clínicas, el antecedente epidemiológico y los exámenes auxiliares se llega al diagnóstico de acarosis ampollar y se decide iniciar tratamiento con un preparado de lindano al 1% asociado a corticoide tópico. En vista de la coinfección por grampositivos se asocia oxacilina endovenosa y como sintomáticos se administra clorfenamina vía oral, solución de Burow diluida y tópica a manera de compresas. Una semana después se puede evidenciar la favorable evolución de la paciente (Figura 3).

CASO CLÍNICO 2

Lactante mujer, de tres meses de edad, sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia.

Ingresa por emergencia al INSN con un tiempo de enfermedad de un mes, caracterizado por la aparición de lesiones papul eritematosas en ambos miembros superiores, tratadas en un inicio con corticoterapia tópica, que remiten parcialmente. Sin embargo, nuevas lesiones aparecen en tórax anterior, pecho y espalda, se asocia prurito marcado, por lo que recibe cetirizina, permetrina, nistatina por 7 días (prescritos por facultativo). Tres días antes del ingreso aparecen ampollas en ambos miembros inferiores (Figuras 4 y 5) motivo por el cual acude a emergencia del INSN, donde se añade ivermectina y cefalexina VO. Al persistir la sintomatología se decide su hospitalización para ampliar estudios e inicio de antibiótico endovenosos.

Al ampliar la anamnesis se descubre que la madre y un primo que vive con la paciente presentan lesiones papuloeritematosas pruriginosas.

Entre los exámenes auxiliares practicados, se realiza una biopsia de piel de una de las ampollas, en la cual se observa ampolla subepidérmica que contiene sangre, neutrófilos ++ y eosinófilos +. La IFD resulta sin reactividad significativa para IgG, IgA, IgM y C3.

Con estos resultados, y en vista del antecedente epidemiológico, se decide continuar con el tratamiento acaricida, se asocia un antibiótico endovenoso ante la evidencia de infección. La evolución luego de la tercera dosis de ivermectina vía oral fue favorable y la paciente fue dada de alta (Figura 6).

COMENTARIO

Las lesiones ampollosas de la sarna son raramente descritas. Más comunes en ancianos e inmunodeprimidos, pueden simular un cuadro de penfigoide ampolloso (PA), tanto en las manifestaciones clínicas, como la histopatología y la IFD, por lo que se le denominaba erupción tipo penfigoide ampolloso.³

El primero en describir un paciente con esta dolencia fue Bean en el año 1974, el cual observó un paciente de dos años de edad con diagnóstico de sarna y ampollas en extremidades las cuales curan con tratamiento acaricida. A partir de ese momento acuña el término sarna ampolloso.⁴ Desde ese momento se han descrito 25 casos en la literatura, de los cuales cuatro corresponden a la edad pediátrica (Tabla 1).

La patogénesis es aún incierta. Existen diversas teorías al respecto, una de ellas es la que plantea que podría darse una reacción de hipersensibilidad tipo I, mediada por la histamina; esto explicaría la eosinofilia y aumento sérico de IgE que tienen estos pacientes. Otra hipótesis postula que se trataría más bien de una reacción de hipersensibilidad de tipo II, en la que ocurriría una reacción cruzada entre el ácaro del polvo y *Sarcoptes scabiei*, estos, en pacientes infectados con acarosis por periodos largos, permitirían la fabricación de Ac que se depositarían en la unión dermoepidérmica con la consiguiente aparición de ampollas.^{3,5} Otra teoría explica el mecanismo de la formación de la ampolla como una reacción ide hacia el ácaro o por presencia de superinfección con *Staphylococcus aureus*.⁶

El diagnóstico no siempre es sencillo, como vimos en el caso de nuestras pacientes, nos podemos encontrar ante casos atípicos. El examen microscópico de piel con la demostración del ácaro nos da el diagnóstico definitivo,⁷ aunque también los podemos evidenciar en una biopsia de piel.

En la histopatología, no hay un hallazgo patognomónico de la acarosis ampollar, estos pueden ser similares a otras infestaciones por artrópodos o más comúnmente simular un penfigoide ampollar, como se mencionó líneas arriba. En cuanto a la IFD, esta puede no mostrar alteraciones, o por el contrario mostrar un depósito granular o lineal de

IgG, IgM y C3 a nivel de la unión dermoepidérmica, siendo nuevamente estos hallazgos similares a lo observado en el PA. Por el contrario, lo que se ha observado en todos los casos hasta ahora reportados en la literatura, es que la inmunofluorescencia indirecta (IFI) es siempre normal, por lo tanto, se concluye que sería esta la que nos ayude a diferenciar ambas patologías.⁸

El tratamiento es el mismo que la acarosis común, ha sido demostrado que la permetrina al 5% es más efectiva que la ivermectina (200 mg/kg, vía oral), quedando esta reservada solo para casos en los que la aplicación tópica para el paciente sea complicada. Otros fármacos tópicos descritos son lindano al 1%, hexacloruro de gamma-benceno al 1% y malatión al 1%. Todos con buenas respuestas.⁹ Si en el paciente se observa un cuadro de mucha inflamación se puede añadir a la terapia corticoides sistémicos.³

Se describen dos pacientes con esta patología de rara prevalencia a nivel mundial, ambos recibieron tratamientos diferentes, el primero de ellos, recibe lindano al 1%, con excelente respuesta, vale decir que se usa este medicamento pues se trata de un caso visto hace varios años en el servicio; el segundo de ellos recibe un tratamiento doble, con ivermectina y permetrina al 5%, igual con muy buena respuesta. Ambos pacientes tuvieron IFD negativa, se llegó al diagnóstico final haciendo unidad clínica, entre sintomatología, antecedentes epidemiológicos y buena respuesta al tratamiento escabicida.

CONCLUSIONES

Se presentan estos casos debido a lo atípico de esta patología, sobretudo en este grupo etéreo (solo cinco casos reportados hasta la actualidad en la literatura).

Así mismo, para destacar la importancia de la escabiosis ampollar en el diagnóstico diferencial de patologías ampollares asociadas a prurito, en niños, adultos y ancianos.

Remarcar que está descrito que al enfrentarnos a este tipo de pacientes, la permetrina tópica al 5% tiene mejores resultados que la ivermectina vía oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ansarin H, Jalali MHA, Setarehshenas R, Mazloomi S, Soltani-Arabshahi R. Scabies presenting with bullous pemphigoid-like lesions. *Dermatol Online J*. 2006;12(1).
2. Galvany Rossell L, Salleras Redonnet M, Umberto Millet P. Sarna ampollosa con respuesta terapéutica a la ivermectina. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(1):81-84.
3. Segura J, Alsina M, González-Castro J, Lecha M. Forma ampollosa de la sarna. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:453-455.
4. Bean SF. Bullous scabies. *JAMA*. 1974;230(6):878.
5. Wozniacka A, Hawro T, Schwartz RA. Bullous scabies: a diagnostic challenge. *Cutis*. 2008 febrero; 82: p. 350-352.
6. Veller-Fornasa C, Tarantello M, Biasimutto G, Peserico A. A case of bullous scabei. *Acta Dermatovenereológica APA*. 1996;5:96(2):58-60.
7. Serra D, Reis P, Machado MA, Figueiredo A. Recurrent bullous scabies. *J Cutan Med Surg*. 2010;14(4):175-177.
8. Nakamura E, Taniguchi, Ohtaki. A case of crusted scabies with a bullous pemphigoid-like eruption and nail involvement. *J Dermatology*. 2006;33:196-201.
9. Strong M, Johnstone P. Treating scabies: Results from an Updated Cochrane Review-Reply. *Arch Dermatol*. 2008;144(12):1640-1641.

Correspondencia: María del Carmen Tello Flores
maricarmentello@gmail.com

Recibido: 13 de julio de 2015

Aceptado: 12 de setiembre de 2015