

CASOS CLÍNICOS

Forma ampollosa de la sarna

Resumen.—La forma ampollosa de la sarna es una presentación atípica y poco frecuente de la infestación cutánea por *Sarcoptes scabiei* que puede confundirse con otras dermatopatías ampollosas como el penfigoide. En ambas entidades, la clínica, la histopatología y la inmunofluorescencia directa pueden ser semejantes.

Presentamos el caso de un varón de 78 años diagnosticado de escabiosis que presentó un brote de lesiones ampollosas en periné tras un tratamiento específico con lindane y benzoato de bencilo. El estudio histopatológico demostró una ampolla subepidérmica rica en eosinófilos. La inmunofluorescencia directa mostró densos depósitos de IgG y C3 a nivel de la membrana basal. La inmunofluorescencia indirecta fue negativa. Las lesiones curaron en unos 10 días con tratamiento sintomático. No se observó recidiva al año de control.

Palabras clave: Sarna ampollosa. *Sarcoptes scabiei*. Penfigoide ampollosa. Inmunofluorescencia. Ampolla subepidérmica.

JORDI SEGURA
MERCÉ ALSINA
JOSÉ GONZÁLEZ-CASTRO
MARIO LECHA
Servicio de Dermatología.
Hospital Clínic. Barcelona.

Correspondencia:

JORDI SEGURA CORRALES. Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

Aceptado el 12 de junio de 2000.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de sarna pueden recordar a veces otras dermatosis como impétigo, foliculitis, tiña, sífilis, urticaria, histiocitosis, linfoma, enfermedad de Darier, picaduras por insectos, pitiriasis rosada e incluso psoriasis. Se han descrito algunos casos de erupción ampollosa asociada a la sarna.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 78 años consultó con el antecedente de brotes autolimitados de lesiones papulosas pruriginosas, de predominio en tronco y extremidades de unos 9 meses de evolución, que no habían respondido a los antihistamínicos. En los últimos 3 meses presentó un nuevo episodio de lesiones pruriginosas papulosas generalizadas que fueron diagnosticadas clínicamente y mediante raspado y demostración del parásito en piel de escabiosis. Por ello fue tratado con lindane y benzoato de bencilo, con lo que mejoró el prurito, pero apareciendo a las 2 semanas en cintura pelviana y periné lesiones ampollosas tensas, muy pruriginosas.

El cuadro constaba de múltiples lesiones ampollosas, tensas, de contenido seroso, de alrededor de 1 cm

de diámetro, sin halo inflamatorio, localizadas en región genital, especialmente pene y escroto (Fig. 1). Algunas de estas lesiones estaban erosionadas, sin signos de sobreinfección. Entre los antecedentes patológicos del paciente constaban una hipertrofia benigna de próstata y una enfermedad ósea de Paget.

El estudio analítico completo evidenció una discreta eosinofilia periférica. El estudio histopatológico de una de las lesiones ampollosas mostró una ampolla subepidérmica con infiltrado compuesto principalmente por eosinófilos localizados en el interior y en el suelo de la ampolla (Fig. 2). En el borde de las lesiones se observaron hendiduras dermoepidérmicas con infiltrados de eosinófilos a nivel perivascular y en dermis papilar.

Ante la sospecha de una enfermedad ampollosa autoinmune se realizó una inmunofluorescencia directa (IFD) que demostró la presencia de depósitos densos de IgG y C3 en membrana basal. La inmunofluorescencia indirecta (IFI) fue negativa.

Con estos resultados el proceso fue orientado hacia erupción ampollosa asociada a la sarna. Se inició tratamiento tópico con fomentos de permanganato potásico.



FIG. 1.—Ampollas tensas de contenido seroso en zona escrotal.

sico y aplicaciones de linimento oleocalcáreo, así como antihistamínicos orales, cediendo el prurito y resolviendo las lesiones en unos 10 días. El paciente permanecía libre de lesiones al año de control.

DISCUSIÓN

Clínicamente, la lesión primaria y patognomónica de la escabiosis es el surco acarino. Las lesiones secundarias pueden ser variadas e incluyen pápulas, vesículas, pústulas, excoriaciones y costras. En el adulto la

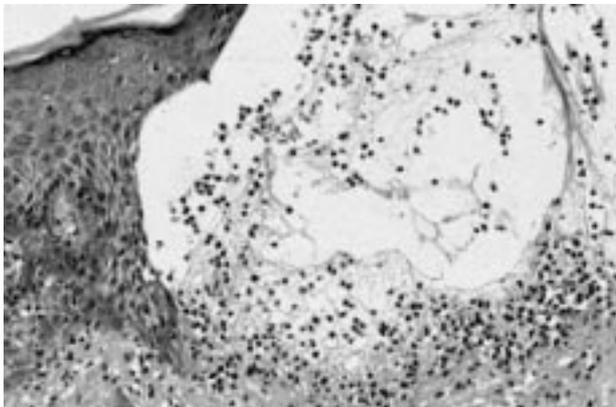


FIG. 2.—Detalle de la histología: ampolla subepidérmica, con abundante infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos.

causa más común de error en el diagnóstico sucede cuando no existen las características típicas de la infestación o cuando se producen manifestaciones atípicas como urticaria y cuadros que remedan una dermatitis de contacto, la enfermedad de Darier, o la dermatitis herpetiforme (1, 3, 4). Estas variantes suelen ocurrir más frecuentemente en pacientes inmunodeprimidos (6).

Las lesiones ampollas en la sarna habían sido raramente descritas en los tratados de dermatología. Fue Bean en 1974 el primer autor que describió un caso de un niño de 2 años afecto de sarna y con lesiones ampollas en extremidades que curaron con tratamiento específico escabicida, acuñando el término de sarna ampollosa (1).

Viraben en 1989 describió un nuevo caso de sarna con lesiones ampollas generalizadas en un varón adulto de edad avanzada que desde el punto de vista clínico e histológico eran indistinguibles del penfigoide ampolloso (2).

Bhawan y cols. describieron cuatro casos de escabiosis simulando penfigoide ampolloso. En 1991 estos autores hablan por primera vez de la presencia de depósitos de IgG y C3 en la membrana basal en dos enfermos adultos afectados de lesiones ampollas que aparecieron en el curso de una infestación por *S. scabiei* (3). Dos de los cuatro casos tenían IFD positiva; uno con depósitos lineales de IgG en la unión dermoepidérmica y otro con un depósito granular de IgG en la unión dermoepidérmica. Otros autores, sin embargo, no han detectado estos depósitos en la IFD (7).

Said y cols. en 1993 refieren un caso muy similar al aquí descrito en que el paciente no tenía lesiones generalizadas, sino localizadas en región superior del tórax (4).

Se desconoce el mecanismo exacto por el cual aparecen estas lesiones ampollas en el curso de la sarna. Se ha sugerido que las ampollas se forman por una reacción de hipersensibilidad tipo I mediada por la histamina, ya que estos pacientes presentan eosinofilia periférica y aumento de IgE específica para *S. scabiei*, y se propone el término de escábide para este tipo de lesiones (5).

Así se cree que la reacción cruzada entre el ácaro del polvo y el *Sarcoptes scabiei* podría jugar un papel importante en la susceptibilidad a la infestación por sarna y sus manifestaciones clínicas (8). Si esto fuera cierto se debería a una reacción de tipo II en la que persistían parte de los antígenos acarinos en la circulación general provocando lesiones ampollas secundarias en un mecanismo parecido a la escabiosis nodular (6-8). Los anticuerpos generados por un paciente largamente infestado por el ácaro se depositarían en la membrana dermoepidérmica provocando la ampolla (8). El hecho de haber existido previamente una hipersensibilidad a otras proteínas de áca-

ros diferentes podría favorecer esta reacción cruzada (6, 8), y es posible que el inicio de las lesiones coincida con el tiempo necesario para la formación de anticuerpos específicos. La localización de las lesiones en nuestro paciente no tiene explicación aparente. En la revisión bibliográfica realizada existe un antecedente de sarna ampollosa localizada en tórax, mientras que los otros casos reportados son de distribución generalizada (4). Es lógico pensar que la reacción de hipersensibilidad se desarrolle con más facilidad en áreas con alta concentración de antígeno (proteínas del ácaro) y por ello en las áreas anatómicas con mayor infestación (4, 6-8).

Por otro lado, la IFD no resulta una prueba definitiva para diferenciar la sarna ampollosa del penfigoide ampolloso dado que puede resultar positiva en ambas (3, 4, 7). En cambio parece no ocurrir lo mismo con la IFI, que es más específica para penfigoide (3, 7).

El diagnóstico diferencial en nuestro caso se planteó principalmente con el penfigoide ampolloso localizado, pero también con el impétigo ampolloso, el pénfigo vulgar y el eritema polimorfo, aunque la demostración del ácaro, la clínica y la respuesta al tratamiento establecieron el diagnóstico. El tratamiento con reductores tópicos y antihistamínicos orales consiguió la curación en pocos días. En casos graves se aconseja incluir en la pauta terapéutica los corticoides sistémicos a fin de resolver esta situación de hipersensibilidad (5).

Abstract.—The bullous form of scabies is an atypical and uncommon presentation of the cutaneous infestation by *Sarcoptes scabiei* that can be misdiagnosed with other bullous dermatoses, such as bullous pemphigoid. In both entities, the clinic presentation as well as the histopathologic and direct immunofluorescent findings can be similar. We discuss the case of a 78-year-old male diagnosed with scabies who presented with bullous lesions in

the genitocrural area after receiving specific treatment with lindane and benzyl benzoate. The histopathologic study demonstrated a subepidermal blister formation compatible with bullous pemphigoid. By direct immunofluorescence, IgG and C3 dense deposits were observed within the basement membrane. Indirect immunofluorescence was negative. Lesions resolved over ten days with symptomatic treatment. There was no relapse after one year's follow-up.

Segura J, Alsina M, González-Castro J, Lecha M. Bullous scabies. Actas Dermosifiliogr 2000;91:453-455.

Key words: Bullous scabies. *Sarcoptes scabiei*. Bullous pemphigoid. Immunofluorescence. Subepidermal blister.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bean S. Bullous scabies. JAMA 1974;230(6):878.
2. Viraben R, Dupre A. Scabies mimicking bullous pemphigoid. J Am Acad Dermatol 1989;20:134-6.
3. Bhawan J, Milstone E, Malhorta R, Rosenfeld T, Appel M. Scabies presenting as bullous pemphigoid-like eruption. J Am Acad Dermatol 1991;24:179-81.
4. Said S, Jay S, Kang J, Liem W, Jensen J, Jeffes E. Localized bullous scabies. Am J Dermatopathol 1993;15(6):590-3.
5. Hausteil UF. Bullous scabies. Dermatology 1995;190:83-4.
6. Hoefling KK, Schroeter A. Dermatoimmunology of scabies. J Am Acad Dermatol 1980;3:237-40.
7. Salo OP, Reumala T, Kalimo K, y cols. Immunoglobulin and complement deposits in the skin and circulating immune complexes in scabies. Acta Derm Venereol (Stockh) 1982; 62:73-6.
8. Arlain LG, Vyszynski-Moher L, Ahmed SG, Estes SA. Cross-antigenicity between scabies mite, *Sarcoptes scabiei* and the mouse dust mite, dermatophagoides pteronyssinus. J Invest Dermatol 1991;96:394-354.