

INFESTACIONES PARASITARIAS

97 SARNA NORUEGA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. A. Fernández, R. Ruiz, J. Blasco, J. Linares, V. Delgado

Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina de Granada. Hospital Santa Ana de Motril. Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La sarna noruega es una zooparasitosis poco frecuente y altamente contagiosa, consecuencia de la infección por *S. scabiei* var. *hominis*, descrita en Noruega por Danielsen y Boeck en pacientes con lepra lepromatosa en 1848. Caracterizada por una enorme proliferación de ácaros en la capa córnea, afecta principalmente a pacientes con alteraciones inmunitarias, enfermos con retraso mental y trastornos neurológicos en los que está disminuida la sensación de prurito o falla el mecanismo de destrucción mecánica del ácaro secundaria al rascado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 49 años de edad con síndrome de Down que consulta por presentar en palmas de manos y en pulpejos, lesiones hiperqueratósicas y fisuradas de más de 1 año de evolución intensamente pruriginosas que habían sido tratadas con urea al 40%, corticoterapia tópica y antihistamínicos H1 no sedantes en ocasiones anteriores. En el estudio histológico se observa una epidermis hiperqueratósica y acantósica con presencia de parásitos entre los queratinocitos con intenso infiltrado inflamatorio perivascular de predominio linfocitario en dermis. Tratamiento con permetrina al 1,5% en crema y champú para las diferentes localizaciones afectadas con la desaparición de las lesiones en un período aproximado de 10 días. Los convivientes fueron revisados, sin que ninguno de ellos mostrase clínica ni sintomatología compatible con sarna.

Comentario: Esta enfermedad es una patología de creciente interés dado el aumento de incidencia asociado a casos de VIH que se puso de manifiesto en nuestro país en los primeros años de la pasada década, aunque también se encuentra de manera preferente en pacientes institucionalizados con escasas medidas higiénicas y en pacientes con síndrome de Down como el caso que nos ocupa.

Bibliografía

Ribera Pibernat M. El resurgimiento de la sarna noruega. *Piel* 1991;6:45-6.
Just M. Placas costrosas asintomáticas en un paciente con SIDA. *Med Cutanea* 1996;24:153-5.

98 ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DEL ANTÍGENO CD30 EN INFILTRADOS INFLAMATORIOS DE LESIONES DE ESCABIOSIS

F. Gallardo, C. Barranco*, A. Toll, R. M. Pujol

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital de Mar. Barcelona.

Introducción: La expresión del antígeno linfoide de activación CD30 fue descrita inicialmente en las células de Reed-Stenberg de la enfermedad de Hodgkin. Su aplicación en los infiltrados linfoides ganglionares ha permitido individualizar un grupo particular de entidades (linfomas anaplásicos CD30+). A nivel cutáneo la expresión del antígeno CD30 por células atípicas de gran tamaño ha sido considerada como un hallazgo diag-

nóstico de proliferaciones cutáneas CD30+ (papulosis linfomatoide/linfoma cutáneo CD30+). Sin embargo, recientemente se ha sugerido la posible expresión del antígeno CD30 en células de gran tamaño de infiltrados linfoides correspondientes a diversas lesiones cutáneas inflamatorias benignas.

Material y métodos: Se estudian retrospectivamente las características histopatológicas e identificación inmunohistoquímica del infiltrado inflamatorio correspondiente a biopsias de lesiones cutáneas de 11 pacientes diagnosticados de escabiosis, valorando la expresión del antígeno CD30. Se correlaciona dicha expresión con la evolución del proceso.

Resultados: En ocho de las 11 biopsias estudiadas se evidenció la presencia de células grandes que expresaban el antígeno CD30. Dicha expresión se observaba en células aisladas o en pequeños grupos de células en distribución perivascular a nivel de la dermis papilar. Existía una correlación entre el número de dichas células y la evolución de las lesiones. En siete de los ocho casos la duración de las lesiones era superior a los 3 meses. En las biopsias correspondientes a lesiones de menos de 2 meses de evolución no se observaron células CD30+.

Comentario: Nuestros resultados evidencian la presencia frecuente de células grandes CD30+ en los infiltrados cutáneos de lesiones de escabiosis. Asimismo se demuestra una posible relación entre la evolución de las lesiones cutáneas (superior a 3 meses), y la presencia de dichas células CD30+.

La expresión del antígeno CD30 por parte de un número reducido de células de un infiltrado linfoide cutáneo, no puede ser considerado como un argumento diagnóstico inequívoco de proliferación linfoide cutánea CD30+ (papulosis linfomatoide), que puede observarse en diversos procesos benignos probablemente como respuesta a una estimulación antigénica persistente.

99 TRATAMIENTO DE LA SARNA NORUEGA

E. Gimeno, M. Velasco, F. Millán, C. Pujol, J. Flores*, F. Bellver*

Servicios de Dermatología y *Enfermedades Infecciosas. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: En 1948, Danielsen y Boeck describieron en Noruega una forma de escabiosis en pacientes inmunodeprimidos particularmente contagiosa. Esta forma de sarna se conoce como sarna Noruega o costrosa. Su tratamiento, debido al gran número de parásitos que albergan estos pacientes, es problemático; sin embargo, el uso de ivermectina oral sola o combinada con tratamiento tópico podría convertirse en el tratamiento de elección de esta forma de sarna.

La ivermectina es un macrólido, derivado de las avermectinas, con una actividad antiparasitaria potente y de amplio espectro, seguro y que hasta ahora no ha producido resistencias.

Material y métodos: Presentamos cuatro pacientes atendidos en nuestro Servicio en un período de 14 meses diagnosticados de sarna noruega.

Tres de estos pacientes eran politoxicómanos y presentaban una infección VIH, dos de ellos (dos varones de 40 y 41 años) categoría C 3 por TBC y uno (mujer de 29 años) categoría B 3. El cuarto paciente (varón de 84 años) era diabético.

Todos ellos ingresaron por presentar intenso prurito generalizado de predominio nocturno de varias semanas de evolución, junto con máculas eritematoescamosas extensas y confluyentes, que llegaban a afectar la práctica totalidad del tegumento cutáneo, dándole un aspecto eritrodermico, lesiones de rascado y en los tres pacientes con infección VIH gruesas placas queratósicas y fisuradas en manos, pies, antebrazos, piernas, cuello y pabellones auriculares.

A tres pacientes se les practicó una visión directa de las escamas cutáneas obtenidas tras el rascado de sus lesiones que permitió observar la presencia de ácaros y sus huevos y a otro paciente se le realizó una biopsia cutánea que fue diagnóstica de escabiosis.

Todos los pacientes fueron tratados con ivermectina a dosis única de 12 mg vía oral. Las placas queratósicas de los tres pacientes VIH se trataron con la aplicación tópica de vaselina salicílica al 5% y en el paciente diabético además se utilizó lindane al 1% en aplicación única.

Resultados: Una semana después de la administración de ivermectina el prurito había desaparecido y las lesiones cutáneas prácticamente se habían resuelto. En ningún caso fue necesario administrar una segunda dosis de ivermectina.

Conclusiones: En nuestros pacientes la ivermectina se ha mostrado como un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la sarna noruega, aunque en los casos donde las lesiones son muy queratósicas es conveniente utilizar queratolíticos para favorecer la resolución de las mismas.

100 ONCOCERCOSIS SIN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS APARENTES

B. Hernández, M. J. Rodríguez, Y. Juárez, E. Soler, L. Borrego, J. L. Pérez*, A. Martín**, B. Báez***

Servicios de Dermatología, *U. Enf. Inf. B. H., **Microbiología y ***Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: La oncocercosis se produce por el nemátodo filariforme *Onchocerca volvulus* y disemina por especie de jejenes del género *Simulium*. El ser humano es el único reservorio de la infección en la naturaleza.

Las manifestaciones clínicas de la oncocercosis con frecuencia compromete la piel, tejidos subcutáneos, los ganglios linfáticos y los ojos. El comienzo de la dermatitis oncocercósica puede presentar una erupción generalizada maculopapular asimétrica. Es también frecuente la hiperpigmentación de las áreas comprometidas. Con el paso del tiempo la piel pierde la elasticidad y por último se liquenifica y atrofia. Se puede observar una hiperpigmentación moderada, especialmente en las tibias. Es frecuente observar agrandamiento de ganglios inguinales y femorales. Los característicos «oncocercomas» son nódulos subcutáneos firmes, móviles, indoloros, los cuales contienen parásitos adscritos enrollados dentro de un tejido fibroso relativamente acelular localizados de modo característico sobre prominencias óseas. En infección moderada o alta puede existir compromiso ocular.

Descripción del caso: Mujer de 21 años de edad, de raza negra, natural de Guinea Ecuatorial que consulta por prurito en ambas extremidades inferiores de 5 años de evolución, predominantemente en verano. A la exploración cutánea la paciente presentaba en tercio distal de ambas extremidades, cicatrices residuales y mayor pigmentación a nivel de la pierna derecha. La paciente mientras vivía en su país había sido tratada con un anti-parasitario que le produjo una gran reacción cutánea y sistémica. Se practica analítica general, donde se observó eosinofilia, biopsia cutánea que tras múltiples cortes seriados se observan aislados microorganismos tipo microfilarias entre las fibras de colágeno, y realización de cinco «pellizcos» cutáneos en las extremidades inferiores y glúteos, detectándose la presencia de microfilarias en uno de ellos. Con todos estos hallazgos y la historia personal de la paciente, llegamos al diagnóstico de oncocercosis, instaurándose tratamiento con ivermectina.

Comentario: A los pacientes procedentes de zonas endémicas de oncocercosis, que presenten prurito crónico, aún sin presencia de lesiones cutáneas, recomendamos tomar muestras cutáneas mediante el método de rasurado, para detectar la presencia de microfilarias.

101 LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA

E. Chavarría, C. Mauleón, R. Marengo, P. García, M. Valdivieso, M. Lecona*, P. Lázaro

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad granulomatosa crónica producida por un protozoo que se transmite por la picadura de un flebotomo. Esta infección puede afectar a la piel, las mucosas y/o los órganos internos.

La leishmaniasis mucocutánea está producida por la *Leishmania brasiliensis* y la mayoría de los casos se describen en América Central y Sudamérica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática por VHC e insuficiencia renal crónica. No refería viajes previos al extranjero. Acudió a la consulta por presentar una lesión de 6 meses de evolución que comenzó en el ala nasal izquierda y se extendió progresivamente al labio superior y orificio nasal izquierdos.

A la exploración presentaba una lesión en forma de placa granulomatosa, eritematosa, de superficie irregular con algunas zonas cubiertas por costras.

El estudio histopatológico revelaba la existencia de un infiltrado inflamatorio dérmico formado por histiocitos en cuyo interior se identificaron microorganismos compatibles con *Leishmanias*.

El paciente fue tratado con itraconazol y alopurinol con buena evolución clínica.

Discusión: La Leishmaniasis tiene diferentes formas de presentación clínica en función de la especie de protozoo implicado y la respuesta inmune del huésped. Se distinguen cuatro formas de leishmaniasis: cutánea, cutánea difusa, mucocutánea y visceral.

Se discute el diagnóstico diferencial de esta forma de leishmaniasis, así como los métodos diagnósticos y las posibles medidas terapéuticas.

Conclusiones: Presentamos un caso de leishmaniasis atípica en nuestro medio.

102 FIEBRE BOTONOSA CON LESIONES CUTÁNEAS ULCERONECRÓTICAS MÚLTIPLES

A. Cuenca Sáez, I. Mansilla Pérez, E. López-Negrete, E. Cuerda Galindo, D. Candelas Prieto, B. Pérez Tato, P. Calderón

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La fiebre botonosa es la rickettsiosis exantemática más frecuente en los países de la cuenca mediterránea, donde es endémica. Se manifiesta como un cuadro agudo febril, con cefalea, artromialgias, exantema maculopapuloso y una única lesión de inoculación llamada mancha negra. Presentamos el caso de una fiebre botonosa con lesiones de inoculación múltiples.

Caso clínico: Varón de 73 años que acude por presentar seis lesiones ulceronecróticas en el lado derecho de la espalda y otra pustulosa rodeadas de halo eritematoso. Cinco días antes estuvo en el campo, dormido apoyado en un tronco sobre la zona en la que posteriormente aparecieron las lesiones. El mismo día de inicio del cuadro cutáneo comenzó con malestar general, escalofríos y epigastralgia intensa. Se realizó biopsia de una de las lesiones, observándose en un extremo la dermis y la epidermis necrosada y en las zonas próximas a este área abundantes infil-

trados linfocitarios perivasculares, con algunos neutrófilos. Los vasos presentaban vasculitis. El cuadro histológico era sugestivo de infección por *Rickettsias*, pero era necesaria la confirmación serológica que fue negativa inicialmente. Se realizó una segunda determinación analítica a los 3 meses del cuadro, detectándose seroconversión. Se estableció el diagnóstico de fiebre botonosa tratando al paciente con doxiciclina oral con buena evolución clínica.

Discusión: Presentamos un caso de fiebre botonosa con manifestaciones atípicas. La inoculación múltiple es muy rara, sólo descrita en el 5-10% de los casos. La localización de las lesiones en el tronco tampoco es frecuente ya que el lugar de inoculación suele estar en miembros inferiores en adultos y en la cabeza en niños. También destacamos la presencia de epigastralgia intensa, descrita en algunos casos como manifestación de la enfermedad (10-15%).