

Lactante con exantema maculopapuloso

M.R. Pavo García, D. Blázquez Gamero, M. Germán Díaz, M. Martín Ferrer
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid

Resumen

La sarna es una infestación frecuente de la piel, caracterizada por la aparición de un exantema pruriginoso. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, a partir de la historia clínica y la distribución de las lesiones. Ante un niño con un exantema pruriginoso es esencial sospechar la posibilidad de una sarna a la hora de establecer un correcto diagnóstico diferencial. Presentamos un caso con imágenes de una presentación atípica de esta ectoparasitosis.

Palabras clave

Sarna, escabiosis

Abstract

Title: Infant with maculopapular exanthema

Scabies is a frequently infestation of the skin characterized by the appearance of a pruritic exanthema. The diagnosis is generally made from the history and the distribution of lesions. When we are in the presence of a child with a pruritic exanthema it is vital to suspect the possibility of scabies when establishing a correct differential diagnosis. We would like to present a case with images of an infant with atypical presentation of this ectoparasitosis.

Keywords

Scabies

Introducción

Paciente de 4 meses de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por presentar en el tronco y las extremidades un exantema de una semana de evolución, maculopapular y eritematoso, con afectación palmoplantar y lesiones de rascado por prurito intenso (figura 1). En las últimas 24 horas presenta fiebre de hasta 39 °C, junto con tos y rinorrea. Ningún conviviente refería una sintomatología similar.

Diagnóstico y evolución

Se tomaron muestras cutáneas para el cultivo de hongos y bacterias, se solicitó un raspado cutáneo y se realizó un hemograma (11.400 leucocitos: neutrófilos 52% y eosinófilos 8,2%), con una proteína C reactiva de 5,4 mg/dL. Se inició tratamiento con vaselina líquida y cefadroxilo oral. Los cultivos obtenidos de las lesiones cutáneas fueron estériles. El raspado cutáneo examinado al microscopio óptico confirmó la presencia de parásitos y sus heces, hallazgos compatibles con una escabiosis. Se realizó tratamiento con permetrina en crema al 5%, y se resolvió totalmente el cuadro.

Discusión

La sarna es una ectoparasitosis común, con mayor incidencia durante el invierno en áreas urbanas y en situación de hacinamiento¹⁻³. Afecta de forma preferente a los niños², y las lesiones cutáneas suelen aparecer a las 3-4 semanas del contac-



Figura 1. Presentación atípica de sarna en un lactante

to^{2,3}. Destaca el intenso prurito de predominio nocturno, que se acompaña de pápulas eritematosas, localizadas de forma característica en los espacios interdigitales de las manos, la cara interna de las muñecas, los codos y los pliegues (axilas, nalgas y genitales)¹⁻³. La lesión más particular es el surco acarino, producido por el avance del parásito en la piel, aunque, como sucedió en el caso expuesto, no suele encontrarse en los niños de corta edad². La forma de presentación en la infancia es atípica, tanto en la morfología de las lesiones (que suelen mostrar características de tipo inflamatorio, y con frecuencia aspecto

vesicular, nodular o bulloso)⁴ como en su localización (pueden aparecer en el cuero cabelludo, las palmas y las plantas), lo que complica en gran medida el diagnóstico^{1,2}. Es frecuente la sobreinfección de las lesiones por rascado, principalmente por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*, por lo que, ante la presencia de fiebre o complicaciones locales, debemos cubrir estos gérmenes¹.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en los casos dudosos a veces puede ser útil realizar un raspado cutáneo para la detección de los parásitos y sus heces mediante observación directa al microscopio óptico^{1,3}. Puede presentarse eosinofilia en el hemograma, con más frecuencia en la sarna noruega². La detección de IgE específica o la realización de una reacción en cadena de la polimerasa en las escamas córneas ayudan a establecer el diagnóstico, pero actualmente son técnicas poco accesibles y rentables³. El tratamiento de elección es la permetrina tópica al 5% (una aplicación inicial y una segunda a la semana)^{1,5,6}, junto con los antihistamínicos orales, que disminuyen el intenso prurito. Se deben establecer medi-

das higiénicas para evitar la propagación (lavado exhaustivo de ropa, sábanas y toallas)^{1,2}. Los contactos deberían recibir tratamiento aunque no presenten manifestaciones clínicas⁶. ■

Bibliografía

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med*. 2006; 354(16): 1.718-1.727.
2. Hengge U, Currie B, Jäger G, Lupi O, Schwartz R. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis*. 2006; 6(12): 769-779.
3. Walton S, Currie B. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. *Clin Microbiol Rev*. 2007; 20(2): 268-279.
4. Phan A, Dalle S, Balme B, Thomas L. Scabies with clinical features and positive darier sign mimicking mastocytosis. *Pediatr Dermatol*. 2007; 26(3): 363-364.
5. Strong M, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; CD000320.
6. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet*. 2006; 367: 1.767.