



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2695 - Niño con prurito de predominio nocturno

M. Ascorbe García<sup>a</sup>, J. Ginesta Gil<sup>b</sup>, A.R. Abril Gamboa<sup>a</sup>, M.Q. Lorente Márquez<sup>a</sup>, L. Pont Serra<sup>a</sup>, A. Junyent Bastardas<sup>a</sup>, L. Valls Cassi<sup>c</sup>, À. Casaldàliga Solà<sup>d</sup>, L. Camps Vila<sup>b</sup> y M. Hernández Riberá<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Manresa.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 5 años, sin antecedentes de interés, natural de África, residente desde hace tres meses en España, presenta lesiones cutáneas diseminadas acompañadas de intenso prurito de predominio nocturno desde hace tres meses. Dos de sus hermanos y su madre presentan picor de características similares. Ha sido tratado por su pediatra con corticoides tópicos, antihistamínicos orales y metronidazol sin mejoría clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, hemodinámicamente estable, buen estado general. Destaca a la exploración cutánea: presencia de pápulas, vesículas, surcos y excoriaciones en: manos, espacios interdigitales, superficies flexoras de las muñecas, codos, rodillas, región axilar anterior, abdomen y región genital. Además nódulos endurecidos al tacto en región sacra y pene. Ausencia de lesiones en cabeza y cuello. Resto anodino.

**Juicio clínico:** Se orientó el caso como escabiosis nodular iniciando tratamiento tópico con permetrina al 5% en el paciente, su familia y contactos íntimos.

**Diagnóstico diferencial:** Con otras erupciones pruriginosas, como eccema o dermatitis atópica, las toxicodermias, la dermatitis de contacto. Las lesiones vesículo-pustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitosis de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápulo-nodulares pueden sugerir una mastocitosis. La sarna noruega puede simular una psoriasis.

**Comentario final:** La sarna está producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, se disemina por contacto íntimo entre miembros de una familia, contacto sexual y convivencia en guarderías e instituciones. Alta prevalencia mundial, problema de salud pública importante en regiones con pobres recursos. Los ácaros pueden sobrevivir entre 10 y 36 horas fuera del huésped a temperatura ambiente. Los pacientes y sus contactos físicos cercanos, sintomáticos o no, deberían tratarse al mismo tiempo. El éxito de la terapia depende más del uso de la preparación tópica y a quien tratamos que del escabicida seleccionado.

### Bibliografía

1. Heulebach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367:1767-74.
2. Chosidow O. Scabies. N Engl J Med. 2006;354:1718-72.

3. Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin. J Dermatol. 2012;39:545-7.

*Palabras clave:* Sarna. Escabiosis. Sarna nodular.