

CUANDO NO ES SOLO ESCABIOSIS: SARNA NORUEGA EN PACIENTE EMBARAZADA CON INMUNOSUPRESIÓN POR VIH

WHEN IT'S MORE THAN SCABIES: CRUSTED SCABIES IN A PREGNANT PATIENT WITH HIV-RELATED IMMUNOSUPPRESSION

Jasmín Orrego Millar(1), Felipe Núñez Andía(1), Valentina Romero Hernández(1), Gustavo Moreira Guilquiruca(1), José Magna Aguirre(2)

(1) Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

(2) Residente de dermatología Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Correspondencia a: jasmín.orrego@usach.cl

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La escabiosis costrosa es una forma severa y poco frecuente de sarna, caracterizada por una proliferación masiva de *Sarcoptes scabiei* en pacientes con inmunosupresión. Su presentación en contexto de VIH es conocida, pero son pocos los casos reportados en mujeres embarazadas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se describe el caso de una paciente de 30 años, embarazada de 8 semanas, con infección por Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) estadio C3 y abandono de tratamiento antirretroviral (TARV), que desarrolló extensas lesiones hiperqueratósicas de un año de evolución inicialmente diagnosticadas como psoriasis. Ante la falta de respuesta y progresión clínica, se sospechó escabiosis costrosa. El diagnóstico fue confirmado mediante dermatoscopia y ácaro test. Se inició tratamiento tópico con permetrina al 5% y vaselina azufrada al 6%, difiriéndose ivermectina oral debido a la escasa evidencia en cuanto a seguridad en el primer trimestre según guías nacionales e internacionales. La paciente solicitó alta voluntaria tras 10 días, sin completar seguimiento. **DISCUSIÓN:** Este caso ilustra una combinación clínica inusual, con desafíos terapéuticos por las limitaciones en el uso de escabicidas sistémicos durante la gestación. La ausencia de reportes similares en literatura nacional e internacional resalta su valor clínico y la necesidad de desarrollar guías específicas para el manejo de parasitosis graves en embarazadas inmunocomprometidas.

PALABRAS CLAVE: escabiosis, embarazo, VIH.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Crusted scabies is a severe and uncommon form of scabies characterized by massive proliferation of *Sarcoptes scabiei* in immunocompromised individuals. Its occurrence in the context of HIV infection is well documented; however, reports in pregnant women remain scarce. **CASE PRESENTATION:** We describe the case of a 30-year-old woman, 8 weeks pregnant, with stage C3 Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and a history of antiretroviral therapy (ART) discontinuation, who developed extensive hyperkeratotic lesions over the course of one year, initially diagnosed as psoriasis. Due to the lack of clinical response and progressive worsening, clinicians considered crusted scabies. Dermoscopy and a positive mite test subsequently confirmed the diagnosis. The clinical team initiated treatment with 5% permethrin and 6% sulfur in petrolatum, while oral ivermectin was deferred due to limited safety data during the first trimester, in accordance with national and international guidelines. The patient requested voluntary discharge after 10 days, without completing clinical follow-up. **DISCUSSION:** This case illustrates an unusual clinical scenario with therapeutic challenges related to restrictions on systemic scabicides during pregnancy. The paucity of similar reports in the national and international literature underscores its clinical relevance and highlights the need to develop specific guidelines for the management of severe parasitic infections in immunocompromised pregnant women.

KEY WORDS: scabies, pregnancy, HIV.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis costrosa, también conocida como sarna noruega, es una forma infrecuente pero severa de escabiosis, caracterizada por una proliferación masiva del ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*¹, formación de placas hiperqueratósicas extensas y elevada carga parasitaria. Fue descrita por primera vez en Noruega en 1848 y, desde entonces, ha sido documentada principalmente en pacientes inmunocomprometidos con factores de riesgo como uso prolongado de corticoides, VIH, linfomas, trasplante de órganos, discapacidad neurológica o condiciones de hacinamiento^{1,2}. La asociación con infección por VIH representa un 10,2% de los casos, mientras que el uso de corticoides está presente en hasta el 27,7%³.

Desde el punto de vista clínico, las lesiones se presentan como placas descamativas y costrosas de gran espesor, que pueden extenderse ampliamente y afectar cualquier superficie corporal, siendo frecuentes en el cuero cabelludo, palmas y plantas. A diferencia de la escabiosis clásica, el prurito puede estar ausente o ser mínimo¹. Su diagnóstico se basa en la identificación directa del parásito mediante dermatoscopia o raspado cutáneo⁴.

Aunque la sarna costrosa es poco prevalente, se reconoce por su alta contagiosidad y potencial de brote nosocomial². En mujeres embarazadas, su aparición plantea desafíos terapéuticos importantes, sobre todo cuando coexiste con infección por VIH. Si bien la ivermectina es considerada el tratamiento de elección, su uso está contraindicado en el embarazo por escasa evidencia de seguridad^{4,5,6}. Por otro lado, alternativas como el lindano se desaconsejan por su toxicidad y los tratamientos tópicos presentan eficacia limitada⁷.

Una búsqueda en PubMed, SciELO y LILACS no identificó reportes previos de sarna costrosa en mujeres embarazadas con VIH en Chile hasta la fecha. Este caso representa un aporte clínico relevante para los equipos de salud, no solo por la rareza de la presentación, sino porque también resalta la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes inmunocomprometidas, dado

que esta entidad puede imitar otras dermatosis. Asimismo, subraya las implicancias diagnósticas, terapéuticas y de salud pública que conlleva el manejo de una parasitosis severa en una paciente embarazada inmunocomprometida.

En este contexto reportamos un caso de sarna costrosa en una paciente embarazada con infección por VIH, destacar sus desafíos clínicos y terapéuticos, y revisar la literatura nacional e internacional existente sobre esta presentación poco habitual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, 30 años, cursando embarazo de 8 semanas según ecografía obstétrica precoz. Antecedentes relevantes incluyen situación de calle, policonsumo de sustancias e infección por VIH hace 3 años, con abandono del tratamiento antirretroviral (TARV). En el momento de la evaluación presentaba carga viral de 39.800 copias/ml y recuento de linfocitos CD4 de 167 células/mm³ (Tabla 1).

La paciente refería inicio de un cuadro cutáneo de un año de evolución, caracterizado por lesiones hiperqueratósicas localizadas inicialmente en ambos codos. Consultó de forma ambulatoria, donde se indicó tratamiento con corticoides tópicos bajo la presunción diagnóstica de psoriasis. Fue reevaluada 6 semanas después, en esta nueva consulta se evidenció ausencia de respuesta clínica y la progresión de las lesiones hacia glúteos, palmas y plantas (Figura 1). Ante estos hallazgos, se planteó el diagnóstico de escabiosis costrosa y se indicó hospitalización para estudio y manejo.

Durante su estadía hospitalaria, la evaluación dermatológica mediante dermatoscopia evidenció surcos acarinos en la región glútea (Figura 2). El diagnóstico fue confirmado mediante examen directo por ácaro test que mostró restos del parásito.

Se inició tratamiento tópico con permetrina al 5%, complementado con vaselina azufrada al 6% como coadyuvante. Se difirió el uso de ivermectina oral por escasa evidencia de su uso durante el embarazo. Tras 10 días de tratamiento y con

mejoría leve de las lesiones, la paciente solicitó alta voluntaria, por lo que no fue posible completar el seguimiento clínico.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente durante su estadía hospitalaria para la publicación del caso clínico.

DISCUSIÓN

Este caso describe a una paciente de 30 años, embarazada de 8 semanas y con infección por VIH en estadio C3, que desarrolló escabiosis costrosa con una evolución prolongada de un año. La coexistencia de inmunosupresión avanzada, gestación y situación de vulnerabilidad social (policonsumo, abandono de TARV) genera un contexto clínico desafiante que dificultó el diagnóstico y abordaje terapéutico.

Inicialmente, el cuadro fue interpretado como psoriasis, diagnóstico diferencial atingente dada la presencia de múltiples placas eritemato descamativas^{8,9}. Sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento tópico con corticoides y la progresión a otras áreas anatómicas, como glúteos, palmas y plantas, obligaron a reconsiderar el diagnóstico. Entre los diagnósticos diferenciales planteados se incluyeron dermatitis atópica, pitiriasis rubra pilaris y linfoma cutáneo de células T, todos con presentaciones clínicas que pueden solaparse con la escabiosis costrosa^{4,10}. En este contexto, la dermatoscopia y el ácaro test resultaron esenciales para confirmar la presencia de *Sarcoptes scabiei*, permitiendo establecer el diagnóstico definitivo de forma no invasiva^{4,11}.

La asociación simultánea de sarna costrosa, embarazo y VIH es excepcional y no ha sido documentada en la literatura científica. Se realizó una búsqueda estructurada en PubMed en marzo de 2025 utilizando los términos MeSH "crusted scabies", "pregnancy" y "HIV infection", la cual identificó menos de cinco publicaciones que describen casos de escabiosis costrosa en pacientes inmunosuprimidos o embarazadas, pero sin documentar la coexistencia de ambas condiciones. Por ejemplo, Weill et al reportaron formas graves de escabiosis en mujeres embarazadas inmunocompetentes⁵, y otros autores, como Pakanati et al., describen sarna costrosa

en pacientes con VIH, pero no gestantes¹². A nivel nacional, no se encontraron reportes indexados en bases como SciELO, LILACS o PubMed que documenten esta presentación, lo que otorga a este caso un carácter inédito y clínicamente relevante en el contexto local.

El tratamiento se inició con permetrina tópica al 5% más vaselina azufrada al 6%, en línea con las recomendaciones actuales para gestantes, dado que la ivermectina oral continúa contraindicada durante el primer trimestre por la ausencia de datos concluyentes de seguridad en humanos^{4,13}. Esta decisión terapéutica ilustra una de las principales controversias actuales en el manejo de escabiosis costrosa durante el embarazo. En estudios recientes han evaluado su posible uso en etapas más avanzadas de la gestación y, aunque en algunos países europeos se ha utilizado como primera línea de tratamiento en casos severos¹³, no representa el consenso nacional ni internacional^{13,14,15}. La falta de opciones sistémicas, sumada a las barreras de adherencia y el alta voluntaria, dificultó el seguimiento de la respuesta terapéutica en este caso.

Una limitación importante de este reporte es la imposibilidad de realizar seguimiento clínico, lo que impide evaluar la resolución completa del cuadro con tratamiento exclusivamente tópico o la necesidad de escalamiento terapéutico. Este hecho, no infrecuente en contextos de vulnerabilidad social, refuerza la necesidad de integrar herramientas de apoyo psicosocial, continuidad de cuidados y estrategias comunitarias para pacientes embarazadas con VIH¹⁶.

La presentación de este caso permite visibilizar una combinación clínica inusual y subdiagnosticada, en un grupo de pacientes con inmunocompromiso y escasa representación en la literatura. Su relevancia radica no solo en lo infrecuente del cuadro, sino también en las implicancias diagnósticas, terapéuticas y éticas que plantea. Resulta indispensable el desarrollo de guías específicas para el manejo de escabiosis severa en gestantes, así como el fortalecimiento de redes de atención para mejorar la adherencia, el seguimiento y el acceso a tratamientos seguros y efectivos en poblaciones vulnerables.

CONCLUSIÓN

El presente caso destaca la complejidad del manejo de escabiosis costrosa en una paciente embarazada con infección por VIH, una combinación clínica inusual no reportada previamente en la literatura científica. Esta presentación evidencia los desafíos terapéuticos que surgen al tratar parasitosis severas en gestantes inmunocomprometidas, especialmente ante las limitaciones de uso de escabicidas sistémicos durante el embarazo y la falta de opciones seguras en este grupo poblacional. Además, subraya la importancia de un abordaje integral que incluya diagnóstico temprano, manejo interdisciplinario y apoyo psicosocial, particularmente en contextos de alta vulnerabilidad, generando un cruce entre la dermatología, infectología, obstetricia y salud pública. La limitada evidencia disponible sobre casos similares en la literatura nacional e internacional resalta la necesidad de futuras investigaciones que evalúen alternativas terapéuticas seguras y efectivas en este escenario, así como el desarrollo de guías específicas para el manejo de escabiosis costrosa en mujeres embarazadas con VIH.

REFERENCIAS

- Gállego Culleré M, Mascaró Galy JM. Sarna, pediculosis y otras infecciones causadas por artrópodos. En: von Domarus A, et al., editores. Farreras Rozman. Medicina Interna. 20.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2024. p. 2447-2454.
- Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(41):695-704. DOI:10.3238/arztebl.m2021.0296
- Bergamin G, Hudson J, Currie BJ, Mounsey KE. A systematic review of immunosuppressive risk factors and comorbidities associated with the development of crusted scabies. *Int J Infect Dis*. 2024;143:107036. DOI:10.1016/j.ijid.2024.107036
- Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol*. 2020;183(5):808-20. DOI:10.1111/bjd.18943
- Weill A, Bernigaud C, Mokni M, Gil S, Elefant E, Chosidow O. Scabies-infested pregnant women: a critical therapeutic challenge. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(1):e0008929. DOI:10.1371/journal.pntd.0008929
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. DOI:10.15585/mmwr.rr7004a1
- Elgart ML. A risk-benefit assessment of agents used in the treatment of scabies. *Drug Saf*. 1996;14(6):386-93. DOI:10.2165/00002018-199614060-00004
- Wang Y, Liu Y, Long FQ. Crusted scabies mimicking psoriasis in a patient with type 1 diabetes mellitus. *An Bras Dermatol*. 2021;96(3):385-6. DOI:10.1016/j.abd.2020.06.020
- Yélamos O, Mir-Bonafé JF, López-Ferrer A, García-Muret MP, Alegre M, Puig L. Crusted (Norwegian) scabies: an under-recognized infestation characterized by an atypical presentation and delayed diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(3):483-5. DOI:10.1111/jdv.12867
- Talty R, Micevic G, Damsky W, King BA. Erythrodermic scabies in an immunocompetent patient. *JAAD Case Rep*. 2022;29:112-5. DOI:10.1016/j.jidcr.2022.08.045
- Cuellar-Barboza A, Cardenas-de la Garza JA, García-Lozano JA, Martínez-Moreno A, Jaramillo-Moreno G, Ocampo-Candiani J. A case of hyperkeratotic crusted scabies. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(3):e0007918. DOI:10.1371/journal.pntd.0007918
- Pakanati K, Jagota D, Ladogana M. Norwegian scabies in HIV/AIDS. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2022;35(3):346-7. DOI:https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2028705
- Nicolas P, Maia MF, Bassat Q, Kobylinski KC, Monteiro W, Rabinovich NR, et al. Safety of oral ivermectin during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(1):e92-100. DOI:10.1016/S2214-109X(19)30453-X
- Morand A, Weill A, Miquel J, et al. Management of scabies in children under 15 kg and pregnant or breastfeeding women: recommendations supported by the Centre of Evidence of the French Society of Dermatology. *Br J Dermatol*. 2024;191(6):1014-6. DOI:10.1093/bjd/ljae288
- Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica 2023: Manejo Clínico de Escabiosis. Resolución N° 967. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/ORIENTACION-TECNICA-2023-MANEJO-CLINICO-DE-ESCA-BIOSIS-Res.-N%C2%B0-967.pdf>
- World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no recibieron financiamiento externo para la elaboración de este caso clínico.

Citar como: Orrego Millar, J. J., Núñez Andía, F., Romero Hernández, V., Moreira Guilquiru, G., & Magna Aguirre, J. Cuando no es solo escabiosis: sarna noruega en paciente embarazada con inmunosupresión por VIH. *Revista Chilena De Estudiantes De Medicina*, 15(1), 28-33. <https://doi.org/10.5354/0718-672X.2025.79185>

© 2025 Autores(s). Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia de Atribución de Creative Commons (CC-BY-NC4.0), que permite al usuario copiar, distribuir y transmitir el trabajo siempre que se acrediten el autor o autores originales y la fuente.

ANEXOS

1. FIGURAS



Figura 1. Imágenes del caso clínico con ubicación y clínica típica de sarna costrosa. Lesiones hiperqueratósicas de color amarillo-grisáceo, gruesas y extensas con ubicación en codos, dorso de manos, zona interglútea y talones, estos últimos agrietados. Destaca extensa costra en zona glútea de aproximadamente 25x15cm con signos de grataje.



Figura 2. Imagen dermatoscópica. Presencia de surcos acarinos (flechas negras), diagnósticos de escabiosis.

1. TABLAS

Parámetro	Resultado
CD4	167 células/mm ³
Carga viral VIH	39.800 copias/mL
Hemograma - Hemoglobina - Leucocitos - Plaquetas	13 g/dL 10.570 /μL 408.000 /μL
Creatinina plasmática	0,45 mg/dL
Sodio (Na) plasmático	132 mEq/L
Potasio (K) plasmático	4,49 mEq/L
Ácaro test	Positivo
Ecografía obstétrica	Gestación única viva de 9–10 semanas

Tabla 1. Datos clínicos y de laboratorio