

Cas 2025.4

Lactant de 8 mesos amb exantema micropapular generalitzat i lesions queratinitzades d'un mes d'evolució

Cristina Bosch-Castañeda¹, Ana María Yébenes-Ramírez¹, Ernesto Lavernia-Salelles Granell², Sebastià González-Peris¹

¹ Unitat d'Urgències Pediàtriques. Servei de Pediatria. ² Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Lactant de 8 mesos que és portat al Servei d'Urgències per exantema cutani micropapular generalitzat i molt pruriginós d'un mes d'evolució. En diverses ocasions havia consultat al CAP i a Urgències, sempre amb orientació diagnòstica d'escabiosi, i havia fet un total de dues tandes de tractament tòpic amb permetrina, sense que s'apreciés millora. Acudeix per persistència de les lesions generalitzades, amb exacerbació a plantes i palmells. No associa febre ni cap altra clínica infecciosa.

En l'anamnesi dirigida, la família descriu simptomatologia similar en tots els convivents, malgrat que també havien fet el tractament tòpic pautat. Tot i així, expliquen que no van fer els tractaments tots a la vegada ni de forma coincident amb les mesures higièniques al domicili.

En l'exploració física, la pacient presenta bon estat general tot i que es grata constantment i destaca un exantema micropapular generalitzat molt evident (Fig. 1). També s'aprecia afectació del cuir cabellut, plaques queratíniques grisoses molt prominents en

ambdues plantes i palmells, amb més afectació a la mà dreta (Fig. 2), i presència de solcs acarins en zones flexurals.

Quin és el diagnòstic?



Fig. 1. Exantema micropapular generalitzat.



Fig. 2. Extenses plaques queratòtiques al palmell de la mà i la planta del peu.

Aquest treball va ser presentat com a cas clínic a la XXVIII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria (Girona, juny de 2024)

Correspondència

Cristina Bosch Castañeda
Unitat d'Urgències Pediàtriques. Servei de Pediatria
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
cristina.bosch@vallhebron.cat

Treball rebut: 06.11.2024 - Treball acceptat: 13.03.2025

Bosch-Castañeda C, Yébenes-Ramírez AM, Lavernia-Salelles-Granell E, González-Peris S.
Lactant de 8 mesos amb exantema micropapular generalitzat i lesions queratinitzades d'un mes d'evolució.
Pediàtr Catalana. 2025;85(2):67-8.

Discussió

El diagnòstic diferencial dels trastorns papuloescamosos inclou dermatitis atòpica o al·lèrgica de contacte, dermatosis infeccioses, psoriasi, toxicodèrmies, urticària, picades d'insectes, etc. A Urgències, tenint en compte la presència d'exantema micropapular generalitzat i de solcs acarins en zones flexores, la sospita diagnòstica principal va ser l'escabiosi. Atesa la important afectació als palmells i les plantes, i la refractarietat als tractaments previs (tot i que van ser fets de forma probablement optimitzable), es va contactar amb el Servei de Dermatologia. Finalment, donada la clínica d'hiperqueratosi i lesions crostoses, es va acabar interpretant el quadre com a sarna crostosa, com a evolució de l'escabiosi que patia la pacient.

Es va consensuar amb la família una hospitalització breu per garantir un tractament mèdic adequat i donar un marge a l'aplicació i la intensificació de les mesures higièniques necessàries al domicili. Es va iniciar tractament sistèmic a la pacient amb ivermectina oral (0,2 mg/kg, pauta de sis dosis: dies 1, 2, 8, 9, 15 i 22) i tractament tòpic amb sofre precipitat al 6% durant tres nits consecutives. Paral·lelament, també es va prescriure tractament amb ivermectina a tots els convivents de la lactant. Després de quatre dies d'hospitalització, es va donar d'alta a la pacient, per completar el tractament al domicili. Va presentar millora cutània amb el tractament, malgrat la persistència de lesions actives en mans i zona del bolquer, per la qual cosa es va decidir repetir pauta amb ivermectina oral i permetrina tòpica.

Diagnòstic final: Sarna crostosa o hiperqueratòtica.

Comentari

L'escabiosi o sarna és una dermatosi produïda per la infestació de l'àcar *Sarcoptes scabiei*. Pot afectar infants i adults de qualsevol edat i estrat socioeconòmic, i el risc de transmissió s'incrementa en situacions de contacte estret perllongat o amuntegament¹⁻².

El símptoma més prominent és el prurit, generalment de predomini nocturn. Clàssicament associa una erupció micropapular generalitzada amb especial participació de zones flexores i, en pediatria, també de zones interdigitals o genitals. El solc acari és característic i el diagnòstic es pot confirmar per microscòpia, malgrat que no se sol emprar en la pràctica clínica habitual¹⁻².

La permetrina tòpica es considera el tractament d'elecció en població pediàtrica. S'ha d'aplicar des del coll fins als dits dels peus a pacients i convivents, tots alhora, durant 8-12 hores i repetir el tractament al cap d'una setmana. En infants de menys de 2 anys, ancians i immunodeprimits cal aplicar-la també al cap, la cara, el coll i les orelles¹⁻³. Malgrat això, el sofre tòpic també es considera segur i es pot utilitzar en els pacients de menys de 2 mesos⁴. La ivermectina és una altra opció vàlida de tractament, en aquest cas per via oral, especialment en casos resis-

tents o amb risc de fracàs del tractament tòpic. Cada cop trobem més estudis que avalen la seguretat del tractament sistèmic amb ivermectina, fins i tot en el grup de pacients de menys edat⁴⁻⁵. L'èxit del tractament es basa en l'erradicació de l'àcar i la interrupció de la transmissió, el tractament dels contactes, el tractament del prurit i de les complicacions associades. Les mesures higièniques en són la clau, i no són tan fàcils de complir estrictament (s'ha de rentar tota la roba, tovalloles i llençols amb aigua calenta o assecat en assecadora el mateix dia del tractament, entre d'altres especificacions)¹⁻².

Una de les formes de presentació més agressives de l'escabiosi és la sarna crostosa, hiperqueratòtica o «noruega». És una manifestació poc freqüent de la malaltia, però altament contagiosa, caracteritzada per una simptomatologia més intensa que la forma clàssica, habitualment en pacients immunodeprimits o amb malalties cròniques, però també s'han descrit casos en pacients amb dermatitis atòpica. La necessitat de fer un estudi immunològic està en discussió. Pel que fa a la clínica, es poden apreciar grans lesions crostoses i plaques hiperqueratòtiques en diverses localitzacions¹⁻².

El tractament d'aquesta forma d'escabiosi també requereix mesures més intensives. Una de les pautes més utilitzades consisteix a aplicar un escabicida tòpic (permetrina al 5%, benzoat de benzil o sofre precipitat) juntament amb ivermectina oral 0,2 mg/kg (dies 1, 2, 8, 9 i 15, ampliables als dies 22 i 29 en els casos més greus) (Taula I)¹⁻².

TAULA I

Tractament farmacològic de l'escabiosi

Escabicides recomanats

- Permetrina 5% crema (repetir en 7-14 dies), o
- Ivermectina oral 0,2 mg/kg (repetir en 7 dies), o
- Benzoat de benzil loció 10-25% (dies 1 i 2, repetir en 7 dies), o
- Sofre precipitat 6-33% crema, loció o ungüent (3 dies successius)

Tractaments alternatius

- Malation 0,5% loció aquosa, o
- Ivermectina 1% loció, o
- Piretrines en espuma

Sarna crostosa o hiperqueratòtica

- Escabicida tòpic (aplicar diàriament durant 7 dies), i
- Ivermectina oral 0,2 mg/kg (dies 1, 2, 8, 9, 15 ± 22, 29)

Bibliografia

1. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tipliga GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31(8):1248-53.
2. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(3):533-48.
3. Riebenbauer K, Weber PB, Haitel A, Walochnik J, Valencak J, Meyersburg D, et al. Comparison of permethrin-based treatment strategies against scabies in infants and young children. *J Pediatr*. 2022;245:184-9.
4. Thomas C, Rehmus W, Chang AY. Treatment practices in the management of scabies in infants younger than two months. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(2):431-5.
5. Gwee A, Steer A, Phongluxa K, Luangphaxay C, Sengngam K, Philavanh A, et al. Ivermectin therapy for young children with scabies infection: a multicentre phase 2 non-randomized trial. *Lancet Reg Health West Pac*. 2024;49:101144.