

La scabbia: un caso inaspettato in un anziano defedato

Scabies: an unexpected case in an elderly defedate

Maura Bertazzolo[§], Emilio Tartani^{^^}, Moreno Dutto^{^^^}, Giorgio Zinna^{^^^^}, Daniele Crotti[§]

[^]MScBS, Sezione di Microbiologia e ^{^^}TSLB, Sezione di Anatomia Patologica, Bialalisi SpA, Carate in Brianza (MB),

^{^^^}Entomologo senior Fres, Entostudio s.r.l., Ponte S. Nicolò (PD), ^{^^^^}MD, in Dermatologia e Venereologia, Ferrara,

[°]MD LP in Parassitologia Medica, Perugia, [§]AMCLI - CoSP, Milano

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

La scabbia: un caso inaspettato in un anziano defedato
Rivista SIMG 2024;31 (02):50-53.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

La scabbia, o “rogna sarcoptica”, rientra, assieme ad altre ectoparassitosi, nel computo delle cosiddette “malattie neglette”, nonostante sia presente anche nel nostro Paese, ragion per cui la primaria attenzione da parte del medico curante è fondamentale per una sua precoce diagnosi e cura.

Il caso qui esposto può interpretarsi come paradigma per siffatta problematica. La scabbia è causata da un acaro, *Sarcoptes scabiei*. È una malattia universale e si stima che colpisca da 200 a 400 milioni di persone all'anno, con una prevalenza maggiore nelle regioni tropicali e nelle aree povere e a basso tenore igienico, favorita anche dalla promiscuità e dalla malnutrizione^{1, 13, 17, 18}.

Questo agente eziologico colpisce l'uomo e varie specie di mammiferi. Di solito esiste una specificità d'ospite (*S. scabiei* var. *hominis* è l'acaro umano), ma possono aversi contagi con attecchimento del parassita anche su specie non abituali¹⁵.

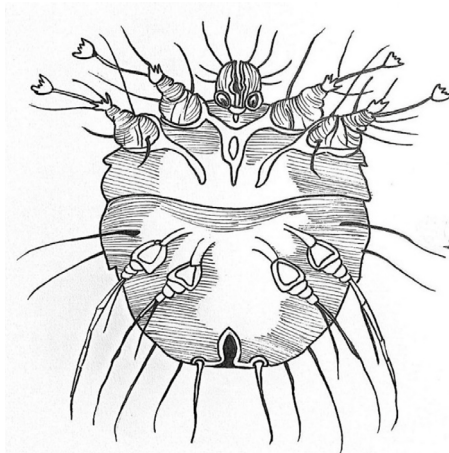


Figura 1 - Femmina adulta di *S. scabiei*: visione ventrale

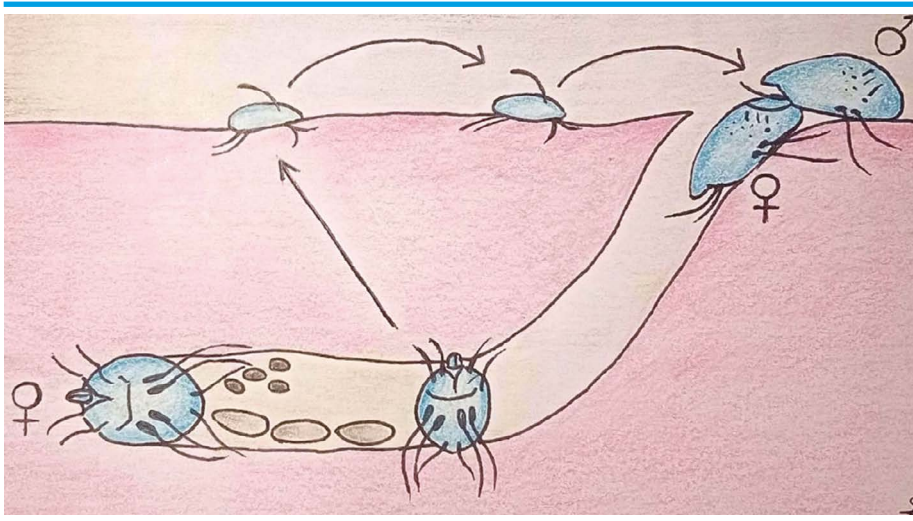


Figura 2 - Il cunicolo scavato dalla femmina fecondata con alcune uova

cità di 2-3 mm al giorno ma senza superare lo strato corneo, soprattutto dove la pelle è più sottile, deponendo 3-4 uova (50-55 x 100-106 μm) al giorno ^{4,6,8,16} (Figura 2). Nell'uomo tale infestazione è caratterizzata da prurito più o meno intenso essenzialmente nelle zone a cute sottile (tra le dita delle mani, polsi, piega dei gomiti, ascelle, pene e scroto, areola e pieghe dei seni, addome...), con eventuali complicazioni quali in primis lesioni da grattamento e formazione di croste con possibili infezioni batteriche secondarie ^{5, 7, 12}.

La scabbia fa parte delle malattie sessualmente trasmissibili. Si trasmette per contatto diretto cute-cute prolungato e per contatto indiretto con oggetti infestati (vestiti e biancheria da letto) ad esempio vivendo nella stessa abitazione ^{3,11,14}.

CASO CLINICO

Un paziente di nazionalità italiana, di 75 anni, in cura per carcinoma al colon sotto terapia con Bevacizumab e Capecitabina, affetto da prurito intenso da

S. scabiei hominis (Figura 1), della famiglia Sarcoptidae, difficilmente visibile ad occhio nudo, è un piccolissimo ectoparassita, senza occhi e trachee, con zampe corte e robuste e il rostro corto e

largo che sporge nella parte cefalica del corpo. Larve, ninfe, maschi e femmine puberi vivono sulla superficie cutanea, mentre le femmine gravide, scavano gallerie tortuose nell'epidermide, alla velo-



Figura 3 - Immagine del paziente: ben visibile l'eruzione eritemato-squamo-crostosa con minutissime formazioni pustolose su tutto il corpo in particolare schiena, addome e collo

2 anni, viene indirizzato ad una visita dermatologica (Figura 3), riferendo terapie precedenti inefficaci senza allegare alcuna documentazione delle visite precedenti. La sintomatologia si era aggravata tanto da diventare insopportabile al punto di impedire il sonno e da ostacolare la vita sociale. L'esame obiettivo presentava una diffusa eruzione eritemato-squamo-crostosa, nel contesto della quale si potevano rilevare minutissime formazioni pustolose su tutto il corpo in particolare schiena, addome e collo. **Il dermatologo pone sospetto clinico tra dermatite di Sneddon-Wilkinson, psoriasi pustolosa e sindrome paraneoplastica e richiede al laboratorio esame istologico sulla biopsia di alcuni campioni di cute.**

Dal paziente vengono prelevati con bisturi cilindrico tre campioni di cute in anestesia locale, ciascuno di 0.4 cm come diametro massimo e grigiastri. I campioni vengono conservati in una soluzione di formalina al 10%, e quindi processati utilizzando il sistema automatico per

istologia "Donatello" - Diapath. Al termine del ciclo i campioni vengono inclusi in paraffina prestando attenzione all'orientamento della cute e del sottocute. Il blocchetto di paraffina viene successivamente tagliato con un microtomo Leica in sezioni di 3 µm. Viene eseguita infine una colorazione con Ematossilina-Eosina (EE) per l'osservazione al microscopio ottico.

L'esame istologico (Figura 4) eseguito su biopsie della cute ha rilevato nel campione analizzato la presenza di una femmina di *Sarcoptes scabiei* (300 x 170 µm). All'interno è visibile un uovo (100 x 56 µm) (Figura 5). È stata posta la diagnosi di scabbia e si può ipotizzare che l'infezione sia avvenuta durante il viaggio del paziente a Cuba (verosimilmente per turismo sessuale **un paio di anni prima**). Alla seconda visita il paziente, informato dell'esito dell'esame istologico, viene sottoposto all'esame microscopico a fresco per ricerca dell'acaro, che risulta positivo. **Il paziente viene sottoposto a terapia con ivermectina per**

via orale (200 µg/Kg, 5 cps al giorno). Non si hanno peraltro e purtroppo informazioni riguardo al conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

CONCLUSIONI

L'acaro della scabbia è un parassita umano obbligato. La scabbia è pandemica, essendo diffusa in tutto il mondo, e periodicamente può dare origine a piccoli focolai epidemici in soggetti e in situazioni a rischio. La malattia può colpire chiunque, in qualunque fascia di età, senza distinzione di sesso o etnia, in parte indipendentemente dal livello sociale o dall'igiene. Tuttavia, i viaggi in aree endemiche, le condizioni di promiscuità e lo scarso livello igienico-sanitario costituiscono fattori di rischio. L'immuno-depressione ne aggrava il decorso ^{2,9}.

Oggi la scabbia è riconosciuta come una malattia tropicale trascurata dall'OMS e una maggiore consapevolezza e sforzi sistematici si stanno affrontando per colmare le lacune nella diagnosi e nel trattamento che ne impediscono il controllo e la sua diffusione ^{10,14,19}.

Ringraziamenti

Si ringraziano le dottoresse Maria Teresa Sandri e Maria Teresa Zoldan, e il citologo Vittorio Pozzi, di Bionalisi S.P.A. (Carate in Brianza, MB) per la loro fattiva collaborazione.

Bibliografia

1. Al-Dabbagh J, et al. The current available diagnostic tools and treatments of scabies and scabies variants: An updated narrative review. *Nemat Ismail Medicine (Baltimore)* 2023;102.
2. Arlian LG, et al. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present, and future. *Parasit Vectors* 2017 ;10 :297.
3. Arora P, et al. Scabies: a comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13746.
4. Burgess IF. Understanding scabies. *Parasitology* 2003;74:427-30.
5. Chandler DJ, et al. A review of scabies: an infestation more than skin deep. *Dermatology* 2019; 235:79-90.
6. De Carneri I. *Parassitologia generale e umana*. 2023, XIV edizione. Ed. Zanichelli.
7. Di Meco E, et al. *Infectious and dermatological diseases among arriving*



Figura 4 - Sezione longitudinale di epidermide osservata al microscopio ottico.

Nella parte centrale del campo si osserva il cunicolo sotto lo strato corneo che contiene una femmina di *Sarcoptes scabiei* in sezione longitudinale (300x170 µm) è visibile l'uovo (U) all'interno; (C) Strato corneo dell'epidermide; (G) strato granulare dell'epidermide; (S) strato spinoso dell'epidermide. Colorazione EE. Ingrandimento 10x.

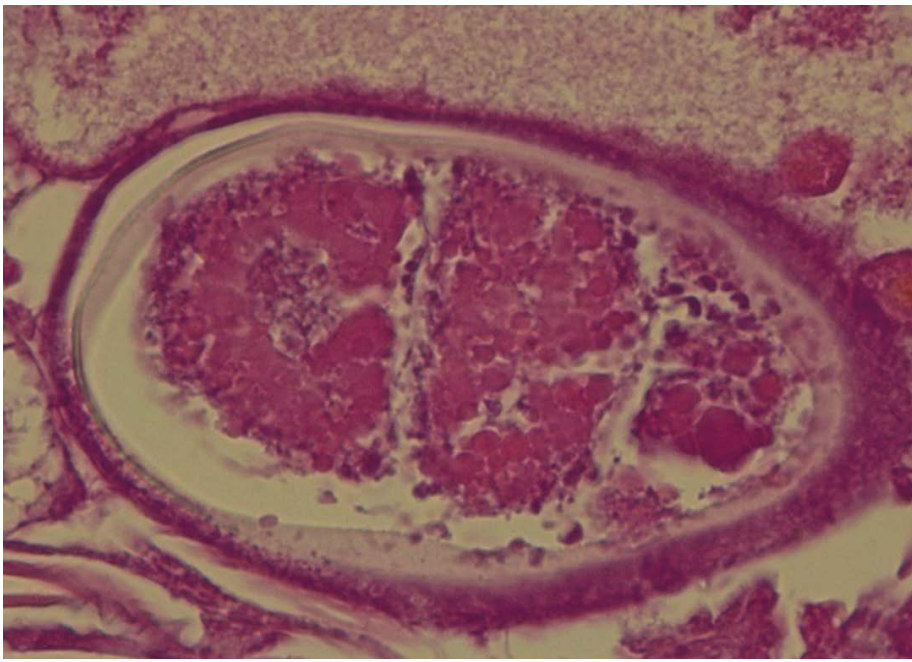


Figura 5 - Particolare dell'uovo di *S. scabiei* (100 x 56 µm). Osservazione al microscopio ottico in immersione, ingrandimento 100x.

migrants on the Italian coasts. *Eur J Public Health* 2018;28:910-16

8. Dutto M. *Lineamenti di entomologia medica*. 2008. Ed. Medico scientifiche.

9. Fischer K, et al. Scabies: important clinical consequences explained by new molecular studies. *Adv Parasitol* 2012;79:339-73.

10. Hengge UR, et al. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006 ;6 :769-79.
11. Leung AKC, et al. Scabies: a neglected global disease. *Curr Pediatr Rev* 2020; 16:33-42.
12. Lynar S, et al. Scabies and mortality. *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 1234.
13. Ministero della salute. Malattie infettive Scabbia <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglio-SchedeMalattieInfettive>
14. Motswaledi HM. Clinical diagnosis and treatment of scabies, a neglected tropical disease. *S Afr Fam Pract* (2004). 2021; v 63: e1-6.
15. Pampiglione S, et al. *Guida allo studio della Parassitologia*. 1999. Società editrice Esculapio.
16. Siddig EE, et al. Laboratory-based diagnosis of scabies: a review of the current status. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2022; 116:4-9.
17. Thomas C, et al. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol* 2020 ; 82 :533-48.
18. Thompson R, et al. Paediatrics: how to manage scabies. *Drugs Context* 2021 ; 10 : 2020-12-3.
19. Walton S, et al. Scabies: new future for a neglected disease. *Adv Parasitol* 2004; 57: 309-376.

Il commento

Luigi Tramonte

SIMG macroarea cronicità

Questo articolo ci offre lo spunto per parlare di un argomento poco trattato negli eventi scientifici ma che nella pratica clinica quotidiana è di comune riscontro nell'ambulatorio di Medicina Generale, anche se si tende a pensare che non lo sia, soprattutto da parte della popolazione.

Ogni anno si verificano circa 300 milioni di casi di scabbia al mondo, anche se in realtà dati reali non sono disponibili e con un'ampia variabilità in termini di prevalenza tra le singole aree geografiche. I tassi di prevalenza della scabbia sono

spesso elevati nei paesi subtropicali in via di sviluppo, con picchi registrati in Papua Nuova Guinea (71%), a Panama (32%) e nelle isole Fiji (32%).

Nei paesi sviluppati, invece, i tassi di prevalenza della scabbia sono relativamente bassi, con pochissime stime oltre il 4%. La diffusione del parassita è cosmopolita, la scabbia è indice di condizioni di igiene personale e ambientale carenti ed è diffusa nelle regioni più povere del mondo, ma può verificarsi anche nei paesi industrializzati in contesti di povertà, scarsa igiene, e quindi in questi

contesti possono anche verificarsi piccole epidemie di comunità, come all'interno di famiglie, case di riposo, istituti di pena, ecc.

Il Medico di Medicina Generale essendo il primo punto di contatto con il SSN da parte del cittadino ha un ruolo importante nel prevenire la diffusione di focolai di scabbia nella popolazione sia perché essendo una patologia contagiosa c'è obbligo di segnalazione alle autorità sanitarie, sia perché è nelle condizioni di fare diagnosi (tranne in casi dubbi da inviare allo specialista) e di prescrivere la terapia.