

Larva migratoria cutánea

M. Valdivielso-Ramos, E. Balbín, M.A. Martín, E. Chavarría, J.M. Hernanz
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

La larva migratoria cutánea es una entidad caracterizada por la penetración de gusanos en la piel, sobre todo *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum*. La imagen clínica típica es la de un tracto eritematoso serpinginoso en la piel, que con frecuencia es pruriginoso y que normalmente afecta a los pies, las piernas y las nalgas. Es una enfermedad autolimitada, aunque un tratamiento antihelmíntico eficaz puede disminuir los síntomas y acortar su duración.

Palabras clave

Larva migratoria cutánea, larva, tratamiento

Abstract

Title: Cutaneous larva migrans

Cutaneous larva migrans results from skin penetration of worms, most commonly *Ancylostoma braziliense* and *Ancylostoma caninum*. The typical clinical picture is a serpinginous erythematous tract on the skin, often pruritic, normally affecting the feet, legs and buttocks. It is a self-limited disease, though an effective treatment can diminish the symptoms and shorten the duration of the disease.

Keywords

Cutaneous larva migrans, larva, treatment

Caso clínico

Niño de 3 años de edad, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que acude a la consulta de dermatología pediátrica para realizar una valoración de una lesión localizada en el glúteo derecho, de unas 3 semanas de evolución, que ocasiona un intenso prurito. Estaba en tratamiento con metronidazol oral por un cultivo positivo de *Giardia lamblia* en las heces. Procede de Bolivia y lleva 2 meses en España.

En la exploración física se aprecia en dicha localización una lesión lineal, de morfología serpinginosa, con un borde eritematoso activo de crecimiento en la zona más externa (figura 1). También se observan lesiones erosionadas y costrosas en la superficie, secundarias al rascado de la zona.

Con el diagnóstico clínico de *larva migrans* cutánea, se realizó un tratamiento empírico con albendazol, durante 3 días, lo que propició la resolución completa de las lesiones (figura 2).



Figura 1. Lesión lineal de morfología serpinginosa con progresión, localizada en la región glútea derecha



Figura 2. Resolución de la lesión a los 15 días de comenzar el tratamiento. Se puede observar que la lesión se ha aplanado y la progresión ha desaparecido

Discusión

La larva migratoria cutánea, también llamada «enfermedad del gusano de arena», se produce por el helminto anquilostoma, y los más frecuentes son *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum*.

El ser humano es un huésped aberrante y definitivo del parásito. La larva se elimina a través de las heces de ciertos animales, y puede vivir en el suelo durante varias semanas. La larva en el estadio terciario es capaz de penetrar la piel del ser humano, se localiza debajo del estrato córneo y avanza varios centímetros por día. La mayoría de las larvas no tienen capacidad de invadir tejidos profundos, y mueren en unos días o meses. El periodo de incubación suele ser de 1-6 días, aunque se han descrito casos en que dura incluso varios meses.

Es más frecuente en áreas tropicales y subtropicales, sobre todo en el sureste de Estados Unidos, Caribe, África, América Central y del Sur, India y el sureste de Asia. En España se han observado casos esporádicos, fundamentalmente en inmigrantes y en personas que viajan a países tropicales. Tienen mayor riesgo las personas en contacto con arena o suelo contaminado con heces de animales.

Suelen localizarse en las extremidades inferiores, sobre todo en los pies, y también en las nalgas. Las lesiones comienzan como una pápula de origen, por donde penetra la larva, seguida de un trayecto cutáneo eritematoso, de morfología lineal o serpinginosa, que se corresponde con el avance del parásito. Oca-

sionalmente, las lesiones son muy inflamatorias, e incluso ampollosas; pueden llegar a medir más de 15-20 cm de longitud y son pruriginosas.

El diagnóstico de larva migratoria cutánea es eminentemente clínico. Se puede observar una eosinofilia periférica transitoria. Si realizásemos un estudio histológico, se apreciaría la larva atrapada junto al estrato córneo.

Las medidas de tratamiento se basan en la eliminación del parásito. Esto puede realizarse mediante electrocoagulación o crioterapia en el borde de progresión de la larva. Puede usarse tiabendazol o albendazol oral, durante 3 días. También es útil la ivermectina oral en una sola dosis. La tasa de curación es cercana al 100%. La medida de prevención más importante es el uso de calzado de protección adecuado. ■

Bibliografía

- Ang CC. Images in clinical medicine. Cutaneous larva migrans. N Engl J Med. 2010; 362(4): e10.
- Nordlund JJ. Cutaneous ectoparasites. Dermatol Ther. 2009; 22: 503-517.
- Siriez JY, Angoulvant F, Buffet P, Cleophax C, Bourrat E. Individual variability of the cutaneous larva migrans (CLM) incubation period. Pediatr Dermatol. 2010; 27: 211-212.
- Wilson ME, Caumes E. Infecciones por helmintos. En: Fitzpatrick, ed. Dermatología en medicina general, 7.^a ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2008; 2.023-2.024.