

Larva «migrans» cutánea. A propósito de un caso

M.C. Míguez Navarro, A. Peñalba Citores¹, M.M. Guerrero Solís², P. Vázquez López, R. Marañón Pardillo
Adjunto de Pediatría de Urgencias. ¹Médico residente de Pediatría. ²Adjunto de Urgencias. Hospital Infantil «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

La larva *migrans* cutánea es una dermatosis infecciosa causada por las larvas de un gusano nematodo que produce una erupción cutánea serpiginosa. El *Ancylostoma braziliense* es el nematodo que más a menudo lo produce. El diagnóstico de esta dermatosis es fundamentalmente clínico.

Es una enfermedad endémica de países tropicales, pero cada vez se observa más en nuestro medio, debido al incremento de los viajes turísticos a estos países y a la inmigración.

A continuación, presentamos el caso de un niño con una lesión serpiginosa en tobillo tras un viaje a un país endémico.

Abstract

Title: Cutaneous larva migrans. Case report

Cutaneous larva migrans is a parasitic disease caused by larvae of nematodes that produces a serpiginous rash. *Ancylostoma braziliense* is the most common origin. The diagnosis of this disease is based on the clinical findings.

Cutaneous larva migrans is endemic in tropical countries, but the incidence has increased in other parts of the world due to the rise in tourism and immigration.

We report the case of a child who developed a serpiginous rash on his leg after visiting a country in which this disease is endemic.

Palabras clave

Larva *migrans* cutánea, niño, tratamiento

Keywords

Cutaneous larva migrans, child, treatment

Caso clínico

Niño de 2,5 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, que acude al servicio de urgencias por una lesión en la piel de la cara lateral de la pierna izquierda, por encima del tobillo, muy pruriginosa, que apareció 7 días antes de la visita a nuestro centro y que desde su aparición ha ido en aumento. No

asociaba fiebre ni otros síntomas. Había consultado en 2 ocasiones desde la aparición de la lesión en distintos centros sanitarios, donde se le habían recetado corticoides tópicos y crema hidratante sin que presentase mejoría. Hacía 10 días que había regresado de un viaje a México de 3 semanas de duración.

En la exploración física presentaba una lesión lineal serpiginosa sobrelevada y eritematosa en la cara lateral del tobillo izquierdo, con algunas zonas costrosas. No presentaba lesiones cutáneas en otras zonas y el resto de la exploración física era normal.

No se realizó ninguna prueba complementaria y, con la sospecha clínica de larva *migrans* cutánea, se inició tratamiento con albendazol y antihistamínico oral durante 3 días. El paciente acudió a la consulta para realizar un control clínico a las 72 horas y a los 10 días, y se comprobó que las lesiones prácticamente habían desaparecido (figuras 1-3).



Figura 1.

Discusión

La larva *migrans* cutánea es una dermatosis originada por las larvas de un nematodo que penetra y migra a través de la piel. Hay muchas especies que la producen, pero las más frecuentes son *Ancylostoma braziliense* y *A. caninum*, que parasitan ani-



Figura 2.

males domésticos, como el gato y el perro. Otros parásitos que la pueden producir son *A. duodenale*, *Uncinaria stenocephala* o *Strongyloides stercoralis*. Estos parásitos son endémicos de áreas tropicales y subtropicales, donde el clima es cálido y húmedo¹⁻³.

Los parásitos adultos viven en el aparato digestivo de los animales, y allí producen huevos que son eliminados a través de las heces al suelo. En condiciones de calor y humedad, los huevos originan larvas. Estas larvas, en contacto con la piel, la penetran y originan una lesión papuloeritematosa. Posteriormente, las larvas migran a través de la piel a una velocidad de 1-2 cm al día. Esta migración produce una respuesta inflamatoria local, dando lugar a una lesión lineal serpiginosa sobrelevada, eritematosa y muy pruriginosa¹⁻⁴. Las localizaciones más frecuentes son los pies, las nalgas y los muslos.

Son poco habituales las manifestaciones sistémicas; en raras ocasiones se puede producir el síndrome de Löeffler, que consiste en fiebre, broncospasmos, infiltrado pulmonar, eosinofilia y eritema polimorfo, debido a que las larvas alcanzan el torrente sanguíneo^{1,5}.

Es una enfermedad autolimitada, ya que el ser humano es huésped terminal y en él la larva no puede llegar a adulto, por lo que acaba muriendo en 1-6 meses^{1-3,6,7}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en las lesiones características, asociadas a una historia de estancia en un área endémica^{1,3,6}. Es raro recurrir a pruebas complementarias, como la biopsia cutánea, para realizar el diagnóstico. La alteración anatomopatológica es una dermatitis espongiiforme con vesículas que contienen neutrófilos y eosinófilos. La visualización del parásito es a menudo difícil porque está oculto tras las



Figura 3.

lesiones visibles. La epiluminiscencia microscópica y el ELISA con inmunoglobulina G (IgG) específica son otros métodos de diagnóstico de confirmación^{3,6}. Las pruebas hematológicas pueden demostrar en algunas ocasiones una eosinofilia o un discreto aumento de IgE.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras parasitosis, como las producidas por *Strongyloides stercoralis* o larva *migrans visceralis*, miasis, urticaria facticia, sarna, dermatitis alérgicas de contacto y eritema anular centrífugo⁴.

La enfermedad por este parásito es autolimitada y concluye en 1-6 meses. Aunque no es necesario el tratamiento farmacológico, la sensación desagradable que tiene el paciente de la larva arrastrándose bajo la piel y el intenso prurito obligan a instaurar un tratamiento adecuado^{3,4,8}. El tratamiento se puede realizar a través de fármacos por vía sistémica o tópica, o mediante medidas físicas⁷.

La crioterapia en el extremo de la lesión que progresa se usaba mucho anteriormente. Los fármacos tópicos, como tiabendazol en crema al 10-15%, 2 veces al día durante 3-5 días, se pueden usar en lesiones no muy extendidas.

Uno de los fármacos que pueden utilizarse por vía sistémica es tiabendazol, en dosis de 25-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 2-4 días (máximo, 3 g/día); es eficaz pero tiene muchos y frecuentes efectos adversos, como náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia, vértigo y cefalea³. El albendazol es un antihelmíntico de tercera generación usado en dosis de 10-15 mg/kg/día (máximo 400-800 mg/día), en 2 tomas durante 3-7 días, y presenta mínimos efectos secundarios y autolimitados. Algunos estudios lo consideran el fármaco de primera elección⁹⁻¹¹. La ivermectina, en una única dosis de 0,15-0,2 mg/kg, es una

alternativa reciente buena, con mínimos efectos secundarios y buena respuesta terapéutica, pero sin dosis establecida en niños menores de 5 años¹².

Conclusiones

La larva *migrans* cutánea es una dermatosis habitualmente autolimitada relacionada con la infestación por una larva de un parásito helmíntico endémico en países tropicales.

Se debe tener en cuenta esta dermatosis en niños con clínica característica que hayan realizado un viaje reciente a zonas endémicas. ■■■

Bibliografía

1. Dauden E, Oliate Cuchet MJ. Dermatitis causadas por artrópodos, helmintos y protozoos. En: Iglesias Díez L, ed. Tratado de dermatología, 1.ª ed. Madrid: Editorial Medicina, 1994; 70-73.
2. Blackwell V, Vega-López F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveller. Br J Dermatol. 2001; 145(3): 434-437.
3. Resúmenes de enfermedades infecciosas (larva migrans cutánea). En: Red Book 2000, 25.ª ed. (ed. esp.). Sección III: 383-384.
4. Varela Castro CS, Varela Cerdeira M, Pascual Martín ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en atención primaria. MEDIFAM. 2002; 12: 655-657.
5. Simon MW, Simon NP. Cutaneous larva migrans. Pediatr Emerg Care. 2003; 19: 350-352.
6. Litwin CM. Pet-transmitted infections: diagnosis by microbiologic and immunologic methods. Pediatr Infect Dis J. 2003; 22: 768-777.
7. Albanese G, Ventura C, Galbiati G. Treatment of cutaneous larva migrans (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. Intern J Dermatol. 2001; 40: 67-71.
8. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Infect Dis. 2000; 30: 811-814.
9. Horton J. Albendazole: a broad spectrum anthelmintic for treatment of individuals and populations. Curr Opin Infect Dis. 2002; 15: 599-609.
10. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. Int J Dermatol. 1997; 36(9): 700-703.
11. Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with albendazole in cutaneous larva migrans. Eur J Dermatol. 1999; 9(5): 352-353.
12. Bouchard O, Houzé S, Schiemann R, Duran R, Ralaimzava P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travellers: a prospective study with assessment therapy with ivermectin. Clin Infect Dis. 2000; 31: 493-498.