

Larva migrans cutánea: imagen inusual dermatológica en España

Berenguel Martínez P, Quero Pastor J, Roda Aguilera E, Vargas Ortega D
Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

La larva migratoria cutánea (LMC) es una parasitosis caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas, endémica en regiones cálidas, húmedas, tropicales y subtropicales, pero cada vez más frecuente en otras zonas debido a la frecuencia de viajes a países exóticos.

El agente etiológico más frecuente es el *Ancylostoma brasiliense*, un helminto que, como gusano adulto, vive en el intestino de gatos, perros y felinos salvajes. Por sus heces se eliminan numerosos huevos que sobreviven en terreno húmedo y arenoso (playas, jardines), donde se convierten en larvas con capacidad infectante. Al contacto con la piel, la penetran y se alojan en ella. Inicialmente dan lugar a una lesión papular eritematosa, más frecuentemente localizada en los pies. Después de un tiempo variable, la larva emigra y labra un trayecto intraepidérmico, que se manifiesta como lesión eritematosa, pruriginosa, que sobreeleva la piel y crece desde algunos milímetros a 2-5 centímetros al día.

Se localiza sobre todo en los pies, las nalgas y los muslos. Algún caso clínico se ha manifestado sólo en forma de foliculitis⁶.

CASO CLÍNICO

Varón de 42 de años de edad, que consulta en Urgencias por una erupción cutánea pruriginosa que afecta a los pies, sin otra sintomatología acompañante, de una semana de evolución. El cuadro se había iniciado con una placa pruriginosa en las plantas de los pies a raíz de una herida producida por las aletas de buceo durante un viaje a Panamá, tras haber realizado baños en el mar y paseos por la playa.

Había sido diagnosticado de sarna y tratado con loción de permetrina con mal control del prurito, empeoramiento del cuadro cutáneo y aparición de nuevas lesiones.

En la exploración presentaba una erupción

formada por pápulas eritematosas, alguna de ellas serpiginosa, en el área de ambas plantas de los pies (figuras 1 y 2).

No mostraba alteraciones significativas en el hemograma ni en la bioquímica sanguínea.

Se inició tratamiento con ivermectina y se derivó a la consulta de Medicina Tropical, específica en nuestro Hospital, por el tipo de población que atendemos en nuestra zona (El Ejido, Almería), con alta incidencia de enfermedades importadas.

Tras revisión en consulta, se modificó el tratamiento y se pautó albendazol. Se solicitaron parásitos en las heces pues el paciente comentaba también diarrea.

A la espera del resultado, se añadieron antihistamínicos y una pauta descendente de corticoides orales combinada con corticoides tópicos.

Siete días después refería alivio del prurito e inicio de la remisión de las lesiones.

Figura 1



COMENTARIO

La erupción serpiginosa es una parasitosis que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas, endémica de regiones cálidas, húmedas y

tropicales. Está aumentando claramente en otras zonas debido a los frecuentes viajes turísticos y de trabajo a lugares exóticos, aunque existen casos raros de adquisición en países europeos, entre ellos España^{1,2,3,4}. Estos últimos pueden explicarse por la contaminación del suelo a través de las heces infectadas de mamíferos autóctonos. De hecho se ha documentado la presencia de *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala* en muestras fecales de animales salvajes como el lobo y el zorro peninsulares; también se ha confirmado la parasitación por *Ancylostomatidae spp* de gatos y perros de hogares españoles.

Figura 2



El cuadro clínico que nos ocupa se debe principalmente a *Ancylostoma brasiliense*, un helmintho que normalmente vive en el intestino de perros, gatos y animales salvajes. Menos frecuentemente, otras especies pueden producir el mismo cuadro clínico: *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomum phlebotomum* o la larva humana de *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*.

El ciclo vital de los distintos nematodos es muy similar. Los huevos de los parásitos, expulsados al suelo arenoso junto con las heces de los animales infestados, maduran y forman larvas que inicialmente son rhabditiformes y más tarde estrogiloides; 5-7 días después se desarrolla el tipo infectivo filariforme.

Si los seres humanos se ponen en contacto con el suelo contaminado, las larvas pueden atravesar la piel no desgarrada o, más frecuentemente, penetrar a través de los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas o a través de grietas de la piel. Después de un período de tiempo variable, avanzando aproximadamente 2-5 cm diarios, comienzan a

migrar a la epidermis, especialmente por la noche, y dan lugar a una lesión inicial eritematosa, papular, inespecífica, con prurito que frecuentemente se localiza en los pies, las nalgas y los muslos.

Aparece una lesión cutánea moderadamente inflamada, sinuosa, generalmente elevada y eritematosa, que varía en coloración desde rosa a rojo oscuro, de 2-3 mm de grosor, con un contenido seroso, a la que pueden acompañar nódulos o ampollas. A veces el aspecto clínico se limita a una folliculitis.

Los pacientes son generalmente bañistas, pero también pueden ser jardineros, granjeros, cazadores... Los pacientes se quejan de prurito intenso, que generalmente es la causa de insomnio y rascado violento, algunas veces con sensación de quemazón. Puede haber complicaciones infectivas o alérgicas. A veces puede coexistir síndrome de Loeffler.

El diagnóstico de esta parasitosis se basa generalmente en la anamnesis. Puesto que el parásito en sí está localizado a distancia de las lesiones visibles, es extremadamente difícil aislarlo mediante una biopsia de piel. Las pruebas hematoquímicas a veces muestran hipereosinofilia o aumento del porcentaje del inmunoglobulina E. Algunos autores han propuesto recientemente que se examine la lesión bajo microscopía epiluminiscente para confirmar el diagnóstico, pero otros recomiendan buscar inmunoglobulinas G específicas con métodos de ensayo inmunsorbente ligado a enzimas (ELISA).

Esta dermatosis requiere el diagnóstico diferencial con otras parasitosis, por ejemplo, *Larva migrans* visceral, erupciones de *Strongyloides stercoralis*, nódulos subcutáneos o granulomas debidos a otras especies y cuadros diferentes de miasis; también debe distinguirse de patologías más simples y comunes, como dermatitis alérgica de contacto, urticaria facticia, otros tipos de dermatitis e hipoderma.

Aunque la erupción serpiginosa normalmente desaparece por sí misma en uno a seis meses o, rara vez, más tarde, se aconseja iniciar tratamiento ante su sospecha clínica para aliviar el prurito, acortar la duración del proceso y evitar la posibilidad de aparición de complicaciones⁴.

Se han utilizado diversos tratamientos locales y sistémicos:

- La crioterapia se ha desechado por ser un

procedimiento doloroso y de baja efectividad (la lesión no suele coincidir con el emplazamiento real de la larva).

- La aplicación de tiabendazol tópico al 10% también se encuentra en desuso.

- Actualmente, existe preferencia por los antihelmínticos sistémicos, como tiabendazol o albendazol, sobre todo en caso de lesiones múltiples. Ambos permiten el cese del avance del trayecto serpiginoso y un alivio significativo del prurito a las 48 horas de iniciado el tratamiento. Aunque el tiabendazol (50 mg/día durante 2-5 días) es el fármaco con el que tenemos más experiencia, el hecho de que albendazol (400-800 mg/día durante 2-7 días) presente mejor tolerancia digestiva ha convertido a este último en la opción más adecuada^{1,6}.

- Nosotros nos decantamos por una pauta oral de albendazol (400 mg/día durante 7 días), dexclorfeniramina (2 mg cada 8 horas) y corticoides tópicos. La clínica mejora a partir del tercer día.

- La ivermectina (200 microgramos/Kg en dosis única) se reserva para los casos en que el tratamiento oral con los anteriores fármacos no da resultado¹, aunque antes de hablar de fracaso terapéutico habría que descartar recaídas por tratamientos antihelmínticos incompletos o de escasa duración⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *International Journal of Dermatology* 2001;40:67-71.
2. Malvy D, Ezzedina K, Pistone T, Receveur MC, Longy-Boursier ML. Extensive cutaneous larva migrans with folliculitis mimicking multimetameric herpes zoster presentation in an adult traveler returning from Thailand. *J Travel Med* 2006;13:244-7.
3. Damante JH, Chinellato LE, Oliveira FT, Soares CT, Fleury RN. Larva migrans in the oral mucosa: report of two cases. *Braz Dent J* 2011;22:166-70.
4. Santiago Sánchez-Mateosa JL, Aboín González S, López-Vélez R, Moreno García del Real C, Harto Castaño A. Prurito y erupción cutánea serpiginosa tras estancia en el Pirineo. *Rev Clin Esp* 2008;208:411-3.
5. Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF. Erupción serpiginosa y pruriginosa. *Piel* 2001;16:517-8.
6. Buñuel Granados JM. Larva migratoria cutánea: diagnóstico y tratamiento de un caso en atención primaria. *Semergen* 2009;35:523-4.