

Afecciones cutáneas importadas

Plumed Betes MJ, Buil Tricas B, Garbayo Martínez JL

Servicio Normal de Urgencias. Tudela (Navarra)

Varón de 3 años de edad, de raza negra, sin antecedentes familiares ni personales de interés. No presenta alergias medicamentosas conocidas y está correctamente vacunado según el calendario vacunal. Nacido en España, de padres senegaleses.

Le traen al Servicio Normal de Urgencias por presentar desde hace 5 días una erupción en ambos pies que le produce intenso prurito. No ha tenido fiebre ni refiere otros síntomas acompañantes.

En la exploración el niño presenta buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Temperatura axilar: 36 °C. Auscultación cardiopulmonar sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Se aprecia en el dorso del pie izquierdo y primer dedo del pie derecho varias lesiones papulosas, eritematosas, redondeadas, algunas excoriadas por rascado con costra melicérica superficial.

Dado el aspecto inespecífico de las lesiones, se pautó tratamiento antibiótico tópico y antihistamínico oral (mupirocina y loratadina) y se le recomendó control de la evolución por parte de su pediatra.

Al cabo de 5 días acude nuevamente a Urgencias porque no mejora y además han aparecido nuevas lesiones en forma de surcos serpiginosos, también en el dorso de la mano derecha. Al interrogar a los padres comentan que recientemente han estado de vacaciones en Senegal y el niño ha pasado mucho tiempo caminando y jugando descalzo por el campo.

Dado el cuadro clínico, la morfología de las

nuevas lesiones, y al conocer el antecedente del viaje a zona endémica, la impresión diagnóstica fue de invasión por larva migrans cutánea.

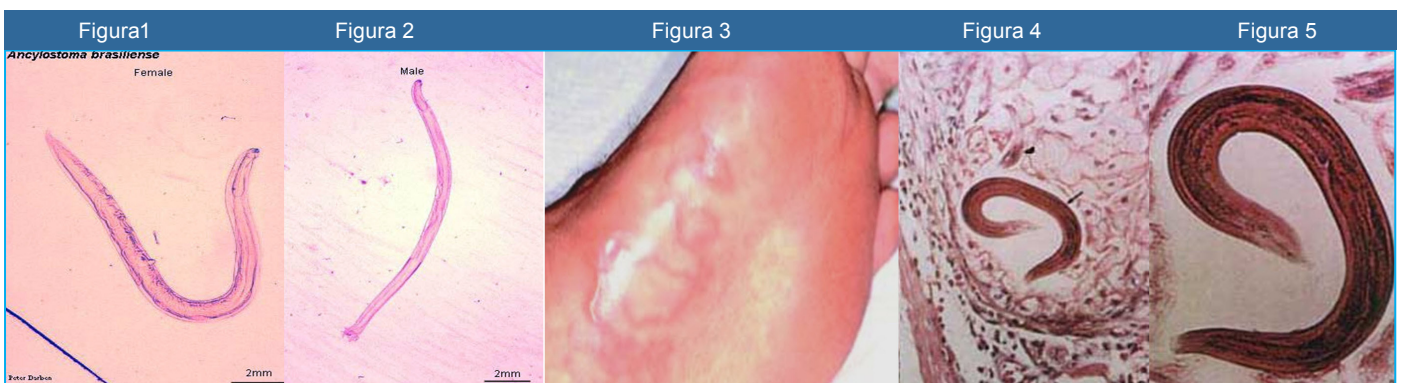
En el caso de esta dermatosis se debe plantear diagnóstico diferencial con otras parasitosis: larva migrans visceral, larva currens por *Strongyloides stercoralis*, nódulos subcutáneos por otras especies o miasis. Otros diagnósticos diferenciales son eritema crónico migratorio, enfermedad de Lyme, pio-derma y enfermedades más comunes, como dermatofitosis, dermatitis de contacto, sarna, impétigo ampollosa o urticaria facticia.

Se pautó tratamiento con mebendazol (suspensión 100 mg/5 ml) vía oral, a dosis de 5 ml cada 12 horas durante 3 días. Dado que las lesiones no desaparecieron tras el tratamiento, se repitió un nuevo ciclo de 3 días al cabo de una semana.

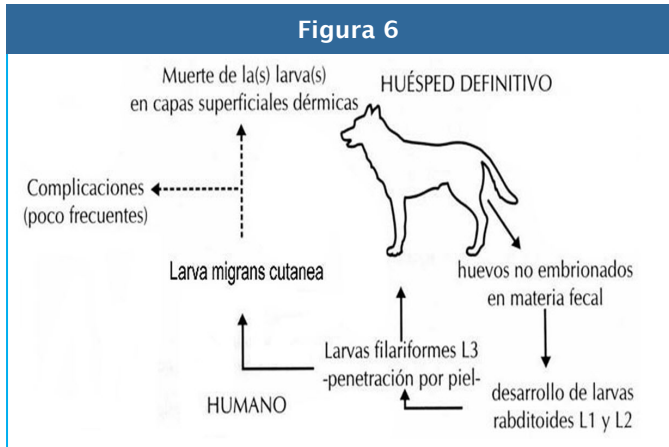
El paciente presentó una evolución favorable, sin ningún tipo de complicación. Las lesiones desaparecieron en el plazo de 15 días.

COMENTARIO

La larva migrans cutánea es una parasitosis causada por la penetración a través de la piel de larvas de nematodos. Es una de las dermatosis más frecuentes en regiones con clima tropical y subtropical (zonas endémicas). Los agentes etiológicos más importantes son *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum* (figura 1 y 2), presentes en el intestino de perros y gatos^{1,3}. Por sus heces se eliminan numerosos huevos que se depositan en suelos



húmedos y arenosos donde se convierten en larvas filariformes infectantes (figura 6). Al contacto con la piel la penetran y permanecen en ella sin completar su ciclo vital debido a que no pueden atravesar la membrana basal por carecer de las enzimas necesarias.



Clínicamente en el periodo inicial aparecen lesiones papulosas eritematosas. En el plazo de 5-6 días se establecen las lesiones típicas, que consisten en trayectos serpiginosos indurados y sobreelevados, con reacción inflamatoria y crecimiento de 1 a 3 cm por día (figura 3). Producen prurito intenso, sobre todo nocturno, eritema y erupción vesiculosa¹⁻³. Debido al rascado continuo es frecuente la sobreinfección bacteriana; aparecen costras y en ocasiones edema o dolor. Suelen afectar a los pies y las extremidades inferiores, aunque pueden darse en cualquier localización. La erupción cutánea puede acompañarse de elevación de la IgE, eosinofilia e infiltrados pulmonares eosinofílicos (síndrome de Löeffler) por diseminación hemática de la larva^{2,4,5}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la morfología de las lesiones y en el antecedente de contacto directo con suelos contaminados en regiones endémicas.

La biopsia de la piel tiene escasa utilidad^{3,5}, ya que en la mayoría de los casos es negativa debido a que el parásito se encuentra más allá de la lesión visible. Se encuentra reacción inflamatoria con eosinófilos y solo en algún caso se puede ver la estructura del parásito (figura 4 y 5).

En sangre periférica se observa eosinofilia e incremento de IgE leves^{3,4}, salvo en caso de aparecer síndrome de Löeffler.

Normalmente la larva desaparece por sí sola al cabo de 1 a 6 meses, pero el prurito intenso y

la desagradable sensación que produce el movimiento de la larva bajo la piel obligan a realizar un tratamiento adecuado, que puede aplicarse de forma tópica (en lesiones poco extensas) o sistémica con los mismos fármacos^{3,4}. Los más utilizados son:

- Tiabendazol: 50 mg/Kg/día en 2 dosis por vía oral, durante 2-5 días.
- Ivermectina: 200 mg/Kg en dosis única por vía oral.
- Albendazol tópico al 10% en cura oclusiva durante 3 días, o sin oclusión 4 veces al día durante una semana.
- Mebendazol y flubendazol con resultados variables.

El aumento de los viajes de turismo y los movimientos migratorios están incrementando la prevalencia de enfermedades importadas de tipo infeccioso y parasitario en nuestro medio; gran parte de ellas cursan con síntomas dermatológicos. A pesar de tratarse de enfermedades poco frecuentes en nuestro entorno, el médico de atención primaria debe tenerlas en cuenta en sus diagnósticos diferenciales, conocer sus manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. López Cepeda L, Márquez Palencia CE. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007;16:85-8.
2. Varela Castro CS, Varela Cerdeira M, Pascual Martín ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM* 2002;12:655-7.
3. Sampayo Montenegro A, Barral Castro M. Larva migrans: a propósito de un caso. *Cad Aten Primaria* 2009;15:335-8.
4. Bordel Gómez MT, Sánchez Estella J, Santos Durán JC. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:744-5.
5. Sabat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea. Presentación de ocho casos. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:443-7.