

¿Cuál es su diagnóstico?

What's your diagnosis?

Paciente masculino 34 años de edad, infante de marina proveniente de Yucatán, presenta una lesión en palma izquierda de dos meses de evolución.

Respuesta

Paciente masculino de 34 años de edad, infante de marina, originario y residente del Distrito Federal.

En mano izquierda presenta dermatosis localizada que abarca la región hipotenar y se extiende hasta la muñeca, caracterizada por un túnel serpiginoso, discretamente elevado y bien delimitado, con superficie ligeramente eritematosa de unos 12 cm de longitud por 2 a 3 mm de ancho y leve descamación en un extremo.

Refiere una evolución de casi dos meses posterior a un periodo de comisión en Yucatán donde, como parte de sus actividades, realizó las tareas de lavado de vehículos y embarcaciones para retirar la acumulación de arena. Concluidas dichas actividades, observó un "granito" que posteriormente se fue extendiendo.

Al principio, obtuvo alivio transitorio exprimiendo y erosionando la lesión para aplicar jugo de limón. Después acudió a un médico general quien prescribió mupirocina y una dosis única de albendazol, sin observar mejoría. Un segundo médico indicó dicloxacilina, clioquinol y una dosis única de metronidazol que tampoco resolvieron el cuadro.

Comentario

La larva *migrans* cutánea fue descrita inicialmente por Lee en 1874.¹ La enfermedad incluye las parasitosis causadas por nemátodos de los géneros *Uncinaria*, *Ancylostoma*, *Necator* y *Gnathostoma*. *Ancylostoma caninum* y *A. brasiliense*, son los agentes más comúnmente identificados.^{2,3}

Descrita en regiones de clima caluroso como el sureste de Estados Unidos, África subsahariana, sureste de Asia, Latinoamérica e islas del Caribe,^{4,5} el contagio ocurre al caminar descalzo en suelo o arena contaminados con heces de animales portadores.^{2,4}

Larva *migrans* cutánea (LMC) se caracteriza por trayectos eritematosos discretamente elevados, lineales o serpiginosos, que se distribuyen en patrones irregulares⁶ casi siempre en áreas expuestas como pies, muslos, nalgas, brazos, piernas y espalda, aunque también pueden localizarse en la región anal y las manos³.

El diagnóstico de larva *migrans* es relativamente sencillo y se fundamenta en las características clínicas aunadas



al antecedente de un reciente viaje a zonas endémicas donde pudo haber exposición. El signo clínico diagnóstico es la erupción serpiginosa.⁴

Los fármacos utilizados en el tratamiento sistémico tienen un alto poder antihelmíntico e incluyen ivermectina, albendazol y tiabendazol, aunque también se ha utilizado mebendazol. El medicamento de elección es la ivermectina, debido a su baja toxicidad y facilidad de administración como dosis única de 200 µg/kg.³ El Albendazol ofrece una buena alternativa en dosis oral de 400 mg/24 h o 200 mg/12 h, durante 5-7 días.³

Para el tratamiento tópico se ha propuesto el uso de cloruro de etilo y tiabendazol en concentración de 10-15%, mezclado en una crema con esteroides.³

REFERENCIAS:

1. Doherty CB, Doherty SD, Rosen T. "Thermotherapy in dermatologic infections". *J Am Acad Dermatol* 2010; 62 (6): 909-927.
2. Estrada R. "Larva Migrans (Larva Migrans Syndrome)". En: Arenas R, Estrada R. *Tropical Dermatology*, 1^{ra} ed, Georgetown, Texas, Landes Bioscience 2001: 213-219.
3. Hengge UR. "Cutaneous larva migrans". En: Tying Stephen, Lupi O, Hengge U. *Tropical Dermatology*, 2^{da} ed, China, Elsevier 2006: 74-76.
4. Jacobson C, Abel E. "Parasitic Infestations". *J Am Acad Dermatol* 2007; 56 (6): 1026-1043.
5. Knopp S, Steinmann P, Keiser J, Utzinger J. "Nematode infections. Soil-transmitted helminths and Trichinella". *Infect Dis Clin N Am* 2012; 26: 341-358.
6. Heukelbach J. "Prevalence and risk factors of hookworm-related cutaneous larva migrans in a rural community in Brazil". *Ann Trop Med Parasitol* 2008; 102(1): 53-61.