

Larva migrans. Reporte de dos casos

Myrna Rodríguez Acar,* Rodrigo Gutiérrez Bravo,** María de la Luz Acosta,***
Alberto Ramos Garibay****

RESUMEN

La Larva migrans es una enfermedad característica de las regiones tropicales y subtropicales con un clima húmedo y caliente. Como su nombre lo indica, el dato principal en este caso es que las lesiones son migratorias y esto se debe a la presencia de parásitos que se mueven en la piel, por lo que el diagnóstico se puede realizar simplemente con observar las lesiones.

Palabras clave: Larva migrans.

ABSTRACT

Larva migrans is a characteristic affliction of tropical and subtropical regions with a hot humid climate. As the name suggests, the prime feature is that the lesions migrate and that are due to the presence of moving parasites in the skin, this let us make the diagnostic just by watching the lesions.

Key words: Larva migrans.

INTRODUCCIÓN

Esta dermatosis ha sido llamada también eritema repartante o dermatitis verminosa serpiginosa. Es causada por parásitos móviles en la piel: *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliensis*, que producen el síndrome de migración larvaria cutánea, de evolución aguda, caracterizado por trayectos sinuosos eritematosos móviles, migratorios pruriginosos y dolorosos que pueden acompañarse de excoriaciones e impétigo.

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta en cualquier raza, edad y sexo, su distribución es mundial, sin embargo, predomina en suelos arenosos de zonas tropicales, en África, Sureste de Asia, Costas del Mediterráneo, Sureste de Estados Unidos, El Caribe, La India, México, Centroamérica y Sudamérica. En México los estados más afectados

son: las costas de Tamaulipas, Veracruz, Tabasco y Guerrero.^{2,3}

Se han descrito características climatológicas apropiadas para la presentación de casos de migración larvaria cutánea, tales como temperatura alrededor de 29°C, humedad por encima de 87% y épocas lluviosas.¹

En Italia se reportaron 22 casos de Larva migrans en el Hospital Gerardo, en un periodo de 1989-1994. Todos los pacientes contaban con el antecedente de haber estado de vacaciones en áreas endémicas y 16 de ellos durante el periodo de verano.⁶

Algunas ocupaciones o costumbres hacen que ciertas personas estén expuestas con más frecuencia a esta invasión larvaria, tal es el caso de plomeros, que se contaminan con tierra húmeda, niños que juegan con arena, bañistas salvavidas, agricultores, cazadores o pescadores que están en playas, etc.⁴

AGENTE ETIOLÓGICO Y CICLO DE VIDA

Los agentes etiológicos más relacionados son el *Ancylostoma braziliensis* (Ab) y el *Ancylostoma caninum* (Ac). El Ab es una uncinaria de gatos, menos frecuente de perros, y el Ac es parásito únicamente del perro. Miden cerca de 1 cm de longitud, habitan como adultos en el

* Dermatóloga, Centro Demartológico Pascua (CDP).

** Residente de 2do año Dermatología, CDP.

*** Residente de 3er año Dermatología, CDP.

**** Dermatopatólogo, CDP.



Figura 1. Caso 1. Se observan los trayectos sinuosos y eritematosos característicos de *Larva migrans*.



Figura 2. Caso 1. Remisión de la patología después de 10 días de tratamiento.

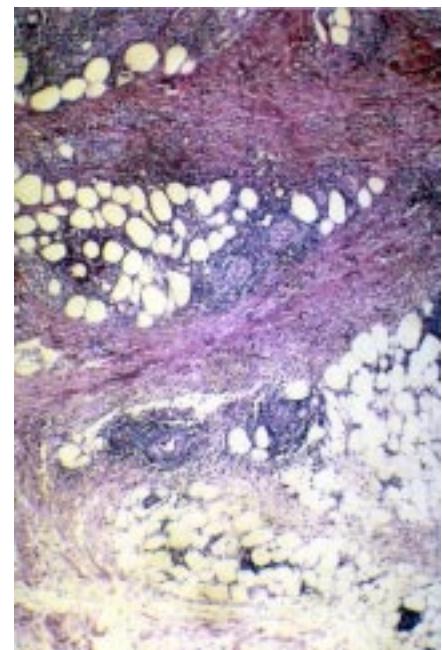


Figura 3. Caso 1. Histología. Se observan infiltrados densos de eosinófilos en la dermis profunda y entre los lóbulos de la hipodermis (H-E 4x).

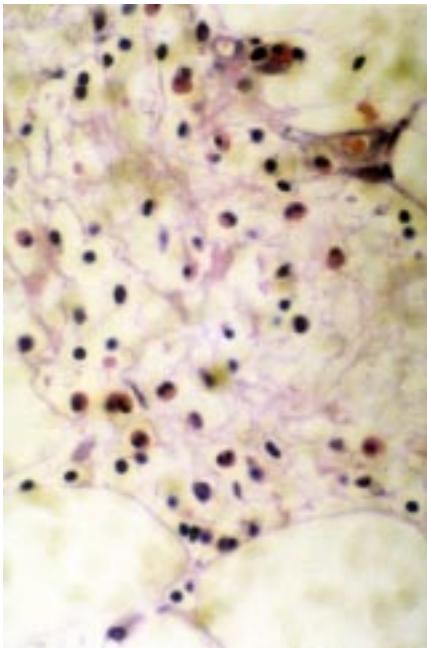


Figura 4. Caso 1. Histología. Con este aumento se aprecia la calidad del infiltrado con predominio de los eosinófilos (H-E 4X).



Figura 5. Caso 2. Se observa un acercamiento de los trayectos migratorios y ampollas propias de la enfermedad en la planta.



Figura 6. Caso 2. Aspecto clínico después del tratamiento.

intestino delgado de dichos animales, donde producen huevos que salen con las materias fecales. Al ser depositadas en lugares arenosos, calientes y húmedos preferiblemente sombreados, los huevos dan lugar a larvas, que permanecen en la arena hasta alcanzar su estado filariforme o infectante.

La invasión de la piel de los huéspedes normales, produce en ellos la parasitosis intestinal, mientras que la invasión de la piel del hombre, huésped inapropiado para este parásito, hace que la larva migre por la piel y produzca lesiones locales, sin llegar a desarrollar el ciclo corriente y por lo tanto sin alcanzar la etapa de parásito adulto.^{1,2}

PATOGENIA

La larva de *Ancylostoma* después de penetrar la piel del hombre (en estudios experimentales se ha observado que penetra por folículos y glándulas sudoríparas) cava un túnel en la epidermis o en la unión dermoepidérmica. Frecuentemente se desplaza entre el estrato germinativo y el córneo, desencadenando una reacción inflamatoria por la producción de enzimas proteolíticas.²

La incubación dura de días, semanas o meses, pero generalmente es entre 1 a 6 días. Si llega al torrente sanguíneo produce un exantema pruriginoso o síndrome de Loeffler, este último es una reacción alérgica a sustancias liberadas por destrucción de larvas y se caracteriza por infiltración pulmonar y eosinofilia.

La quimiotaxis de eosinófilos se debe a la reactividad por IgE, propiedades quimiotácticas directas, mecanismos dependientes de células T y complejos inmunitarios. La larva de Ac puede migrar al intestino delgado y provocar enteritis eosinofílica.⁷

CUADRO CLÍNICO

Las lesiones son muy características y permiten el diagnóstico con la simple observación. Se presenta en cualquier parte del cuerpo que haya sido expuesta a la arena contaminada con larvas. Predomina en plantas, espalda, nalgas, rodillas y muslos. La primera lesión es una pápula que aparece a las pocas horas de la penetración, y en cuatro a seis días se establecen las lesiones, que se caracterizan por uno o varios trayectos ligeramente elevados, móviles y migratorios, sinuosos y eritematosos de 2 a 4 mm de ancho y hasta 15 ó 20 cm de largo, con una vesícula en la parte terminal; avanza varios milímetros o 1 a 2 cm cada día, sobre todo por la noche. Los canales son múltiples, dependiendo del número de larvas que hayan penetrado a la piel. Algunas

veces se observa una zona hemorrágica alrededor de los canales. La evolución es aguda y muy pruriginosa o dolorosa; puede acompañarse de excoriaciones e impétigo.^{1,3,6}

El padecimiento es autolimitado y puede durar dos a ocho semanas, rara vez hasta seis meses. Esta variación depende de la especie de larva observada, y esto es generalmente desconocido. En un estudio se reportó que el 25-33% de las larvas moría cada 4 semanas, mientras que en otro estudio, por probable infección con *A. braziliensis*, se comenta que el 81% de las lesiones desaparecieron espontáneamente en 4 semanas. Se han descrito lesiones en la mucosa oral, así como afectación sistémica (tos seca, urticaria) en pacientes con infección extensa.⁴

HISTOLOGÍA

La imagen histológica muestra cambios compatibles pero no definitivos a no ser que se encuentre en los cortes al agente etiológico, lo cual es sumamente difícil. Se observa una epidermis con acantosis, focos de espongiosis y una fisura epidérmica o dermoepidérmica. La dermis puede presentar vasodilatación e infiltrados inflamatorios con predominio de eosinófilos, sobre todo en los vasos de la dermis superficial y media. La larva habitualmente se encuentra más adelante de la lesión visible, por ello la dificultad de observarla.^{1,3}

DIAGNÓSTICO

Se considera suficiente para la realización del diagnóstico correcto la cuidadosa observación de las lesiones serpiginosas que progresivamente aumentan de longitud, así como los antecedentes de contacto con tierra arenosa contaminada con heces de perro o gato, principalmente en playas. El hallazgo de las larvas es difícil por su pequeño tamaño y la identificación de la especie a que pertenecen es más complicada.¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse con: Larva currens (*Strongyloides stercoralis*), Miasis migratoria (*Dermatobia hominis*), Gnathostomiasis (*G. spinigerum* etc), Uncinariasis (*A. duodenale* y *N. americanus*).

TRATAMIENTO

En México el medicamento de primera elección es el albendazol a dosis de 400 mg/día por 3 a 5 días. Esta

drua es de fácil obtención y magnífica tolerancia que ha desplazado el uso de tiabendazol, medicamento considerado en países de Europa de primera elección, sin embargo, en México hace más de 10 años que no se encuentra en el mercado, por lo que la experiencia en su uso es mínima.

El albendazol es un benzoimidazol antihelmíntico que fue utilizado por primera vez como tratamiento de la Larva migrans en 1982 por Coulaud y cols, quienes trataron de manera exitosa a 18 pacientes. Su mecanismo de acción es desconocido; aunque existen varias teorías: Inhibición de la maleato-deshidrogenada, de la fumarato-reductasa del helmito, y/o inhibición de la absorción de la glucosa, lo que provoca depleción de las reservas glucogénicas y posteriormente del ATP, así como también la degeneración de los microtúbulos citoplasmáticos de los helmintos, con liberación de enzimas proteolíticas e hidrolíticas al citoplasma, provocando una autólisis celular.⁵

Rizzitelli G y cols. propusieron un régimen terapéutico con albendazol durante 7 días con el cual observaron menor número de recurrencias sin mayores efectos colaterales. Con dicho tratamiento se observó eliminación del prurito a los 3-5 días y desaparición de las lesiones a los 6-7 días.⁵

El tiabendazol se utilizaba por vía tópica mediante crema al 2% o loción al 10 ó 15% que se frotaba seis a siete veces al día, así como por vía oral con una dosis de 25 a 50 mg/kg/día durante 5 a 10 días, dividida en dos tomas, junto con los alimentos para evitar mareos, náuseas, vómito y dolor abdominal.

Algunos autores mencionan al tiabendazol 10% por vía tópica como medicamento de primera elección, pero debido a su baja comercialización, utilizan dos tabletas de 0.5 g trituradas en 10 g de petrolato, aplicando el preparado dos veces al día, mencionando también que el tiabendazol por vía oral es menos efectivo y más tóxico.⁴

Otras opciones son crotamiton al 10% en loción o crema dos veces al día durante cinco días, dimetilsulfóxido en solución, el gammexano, la piperazina y la ivermectina.²⁻³

La utilización de enfriamiento local con cloruro de etilo, cloroformo o criocirugía (nitrógeno líquido o nieve de dióxido de carbono) en la parte terminal del túnel, o incluso la resección de esta porción, han sido desplazadas por la terapéutica antihelmíntica.^{1,5}

PREVENCIÓN

En zonas endémicas podría ser de utilidad la desparasitación de los animales, así como el cuidado para evitar

que frecuenten los lugares que pueden ponerse en contacto con la piel humana.

CASO CLÍNICO 1

Paciente del sexo masculino de 24 años de edad, soltero, originario y residente del Distrito Federal, no obstante su residencia es temporal ya que se dedica al comercio en ferias que se llevan a cabo en estados como Veracruz, Michoacán, Colima, Nayarit, Guerrero, Oaxaca y Tabasco. Fue valorado en el Centro Dermatológico Pascua en junio de 2000 por presentar una dermatosis localizada a miembro torácico derecho, que afecta parte anterior del antebrazo, cara lateral externa de la muñeca y la mano, comprometiendo el dedo pulgar, así como parte interdigital del dedo índice y medio, en forma unilateral y asimétrica. Constituida por numerosos trayectos sinuosos ligeramente elevados, móviles, migratorios, dolorosos y eritematosos de 3 mm de ancho y hasta 6 cm de largo, con algunas costras hemáticas (*Figuras 1 y 2*). De evolución aguda y pruriginosa. El paciente refiere haber iniciado 45 días previos a su consulta con una herida en la muñeca secundaria a la mordedura de una víbora, que después de haber ido a una playa de Veracruz se le fue "recorriendo" al dedo pulgar. Fue manejado con tratamientos caseros no especificados, cursando con evolución negativa por lo que acudió a valoración. Con los datos obtenidos al interrogatorio y las características clínicas de la dermatosis se realizó el diagnóstico de Larva migrans. Con fines académicos, se le realizó una biopsia incisional en la parte lateral de la mano, en la cual se observaron un infiltrado moderadamente denso de eosinófilos en derredor de los vasos sanguíneos de la dermis superficial (*Figuras 3 y 4*). Fue tratado con Albendazol 400 mg durante 7 días, posteriormente se le aplicó una crema con urea al 20%, cursando con evolución positiva, con desaparición del prurito a los 3 días de tratamiento y de las lesiones a los 5 días.

CASO CLÍNICO 2

Paciente del sexo femenino de 26 años de edad, casada, originaria y residente de Oaxaca. Fue valorada en el Centro Dermatológico Pascua en septiembre 2000 por presentar una dermatosis diseminada a miembros pélvicos, que afectaba ambos pies en el tercio medio de las plantas, en forma bilateral con tendencia a la simetría. Constituida por numerosos trayectos sinuosos, elevados, eritematosos, migratorios y dolorosos, de 3 mm de ancho y hasta 7 cm de largo, así como 2 ampollas de forma no determinada, de 2 cm de diámetro, turgentes, de con-

tenido seroso y dolorosas, cursando con evolución aguda y pruriginosa (*Figura 5*). La paciente refiere haber iniciado 2 meses previos a su consulta con un granito que le fue creciendo y después se le “contagió” el otro pie. Fue tratada por diversos facultativos con betametasona/clotrimazol/gentamicina, dicloxacilina, aciclovir tópico, cursando con evolución negativa por lo que acude a valoración a este centro. Con los datos obtenidos al interrogatorio y las características clínicas de la dermatosis, se realizó el diagnóstico de Larva migrans. Con fines académicos, se le realizó una biopsia incisional del tercio medio de la planta del pie izquierdo en la cual se observaron cambios semejantes al primer caso, los cuales son compatibles con Larva migrans. Fue tratada con albendazol 400 mg durante 10 días, posteriormente se le aplicó una crema con urea al 20%, cursando con evolución positiva, con desaparición del prurito a los 4 días y de las lesiones a los 12 días (*Figura 6*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Botero D, Restrepo M. *Parasitosis Humanas*. Ed. Corporación para investigaciones biológicas. 2^a edición. Medellín, Colombia: 312-314.
2. Fitzpatrick TB et al. *Dermatology in General Medicine*. 5^a ed. Editorial McGraw-Hill, New York. 1999: 2624-2625.
3. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 2^a edición, México. 1996: 382-383.
4. Rook A et al. *Textbook of Dermatology*. 4th ed. Blackwell Sci Pub, Oxford. 1992: 1233-1234.
5. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. *Int J Dermatol* 1997; 36: 700-703.
6. Beneggi M, MD et al. Larva migrans in Italy. *Int J Dermatol* 1995; 34: 464-465.
7. Wong-Waldamez A, Silva-Lizama E. Bullous Larva migrans Accompanied by Loeffler's Syndrome. *Int J Dermato* 1995; 34: 570-571.
8. Lucchina LC, MD, Wilson ME y Drake LA, MD. Dermatology and the recently returned traveller: infectious diseases with dermatological manifestations. *Int J Dermatol* 1997; 36: 167-181.