

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen **11**  
Volume

Número **3**  
Number




Septiembre-Diciembre **2002**  
September-December

*Artículo:*




**Casos para el diagnóstico ¿Vesícula de difícil diagnóstico?**

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**Medigraphic.com**

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### ¿Vesícula de difícil diagnóstico?

Dra. Diana Medina Castillo,\* M. Karina Collado Fermín\*\*



**Figura 1.** Aspecto de la lesión sin tratamiento.



**Figura 2.** Aspecto de la lesión después de aplicar pasta al agua.

#### CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino de 37 años de edad con dermatosis localizada al miembro inferior derecho, que afecta la cara anterior del muslo, está constituida por eritema, liquenificación, una vesícula de contenido seroso, 3 excoriaciones de 1 mm de diámetro y manchas hiperpigmentadas con discreto trayecto de 1 cm de largo; conforman 2 placas de 1.2 x 1 y 1 x 1 cm respectivamente. De evolución crónica y pruriginosa.

Inicia su padecimiento hace 5 meses, con dos “granitos”, posterior a un viaje a Acapulco, las lesiones le producían prurito de predominio nocturno. Acudió con varios médicos particulares, los cuales le hicieron diagnósticos de probable micosis y herpes simple recidivante, recibió antiviral y antimicótico tópico.

Por los datos clínicos e historia clínica ¿Cuál sería su diagnóstico?

\* Médico de Base del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Médico residente de 4to año del CDP.

**Diagnóstico:** *Larva migrans*.

Es una dermatosis aguda, variedad ampollosa, producida por parásitos móviles en la piel, los cuales penetran en forma de larva, sus agentes causales son *Ancylostoma caninum* y *A. braziliensis*. Se adquiere por contacto de heces de perros y gatos, ya que el parásito se encuentra en el intestino de éstos; predomina en la espalda y extremidades, especialmente las plantas.

Se caracteriza por trayectos sinuosos, eritematosos, migratorios y pruriginosos, por el desplazamiento del parásito; puede ser único o múltiples.

La larva es propia de suelos arenosos de países tropicales y subtropicales, por el clima cálido y húmedo, es de distribución mundial, afecta cualquier raza, edad y sexo.

Los huevos expulsados en el excremento de los perros o gatos, ya fecundados en el suelo arenoso y cálido, se transforman en larva, la cual penetra por la piel. El humano es hospedero accidental; su período de incubación es de días, semanas o meses.

Hay diversos tratamientos, tanto sistémicos como locales, entre ellos están: albendazol 400 mg al día por 3-5 días, tiabendazol crema tópica al 10% varias veces al día por 10 días, tiabendazol 20-50 mg al día por 3-5 días, ivermectina 12 mg dosis única, crioterapia, no sólo por la destrucción del parásito, sino por la alteración de los tejidos que impiden la migración del mismo.<sup>1-3</sup>

**DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES****Gnathostomiasis variedad superficial**

Se produce por nemátodos del género *Gnathostoma*, necesita de 2 huéspedes, intermediario y uno final para terminar su ciclo; el primer huésped es un crustáceo, el

segundo un reptil, marisco o un anfibio, donde la larva migra a músculo y constituye la forma infectante, el hospedero final sería perros o gatos; el ser humano la adquiere accidentalmente al ingerir pescados o mariscos crudos (cebiche); algunas veces puede estar en órganos profundos como el estómago, hígado, músculo estriado, tejido celular subcutáneo y de aquí es cuando puede afectar piel. Se encuentra en Asia y Centroamérica.<sup>4</sup>

**Miasis**

Se origina por larvas de moscas como *Dermatobia hominis*, se observan abscesos y lesiones furunculoides de donde se puede extraer el parásito.

**Larva currens**

Se observa en enfermos con strongiloidiasis intestinal crónica, está producida por *Strongyloides stercoralis*, predomina en glúteos y región perianal, las lesiones se mueven hasta 10 cm por hora y son de aspecto urticariforme.<sup>2,5</sup>

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Vega GJ y cols. Larva migratoria cutánea. Tratamiento tópico con tiabendazol al 6.25%. *Actas Dermo-Sif* 2001; 92: 167-173.
2. Arenas R. *Dermatología*. Atlas, diagnóstico y tratamiento. México; Interamericana, Mc Graw-Hill 1987; XX ed: 474-475.
3. Blackwell V, Vega LF. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveler. *B J Dermatol* 2001; 145: 434-437.
4. Giudice P et al. A case of gnathostomiasis in European traveler returning from México. *BJ Dermatol* 2002; 145: 487-489.
5. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of cutaneous larva migrans (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Dermatol* 2001; 40: 67-71.