

Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso

Dra. Larissa D López Cepeda,* Dra. Clara Emilia Márquez Palencia**

RESUMEN

La *Larva migrans* cutánea, es una ectoparasitosis ocasionada por la penetración percutánea y migración de larvas de parásitos nematodos (*Ancylostom braziliense*, *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala*) adquiridos por contacto corporal con tierra contaminada con deposiciones de perros y gatos.¹ La *Larva migrans* cutánea causa intenso prurito; los signos son eritema y pápulas en el sitio de entrada con trayectos sinuosos además de inflamación. El diagnóstico se realiza por el antecedente de haber estado en contacto con arena o suelos contaminados. El tratamiento oral con tiabendazol no es bien tolerado y generalmente no se utiliza, sin embargo el albendazol y la ivermectina son curativas y bien toleradas.^{2,3} Presentamos un caso de *Larva migrans* cutánea ampollosa y se hace una pequeña revisión de la literatura.

Palabras clave: *Larva migrans*, *A. braziliense*, ivermectina.

ABSTRACT

Cutaneous Larva migrans or creeping eruption is an ectoparasitosis produced by the penetration and migration of the nemathelminth parasites larvae (Ancylostoma braziliense, Ancylostoma caninum and Uncinaria stenocephala) acquired by body contact with the grown contaminated with cats and dogs faeces. CLM causes intense pruritus; signs are erythema and papules at the site of entry, with a winding, threadlike subcutaneous trail of reddish-brown inflammation. Diagnosis is by history and clinical appearance. Oral thiabendazole is not well tolerated and not usually used. Albendazole and ivermectin can be curative and are well tolerated. CLM may be complicated by a self-limiting pulmonary reaction called Löfller's syndrome (patchy pulmonary infiltrates and peripheral blood eosinophilia).

Key words: Creeping eruption, A. braziliense, ivermectine.

DEFINICIÓN

Larva migrans cutánea llamada también erupción o eritema reptante, es una dermatosis aguda producida por parásitos móviles, principalmente dos especies de uncinarias: *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliense* de perro y gato. Habita como parásito adulto en el intestino delgado de estos animales donde produce huevos que salen con las materias fecales.¹

SINÓNIMOS

Dermatitis verminosa serpiginosa, dermatitis verminosa reptante, erupción o eritema reptante.

AGENTE ETIOLÓGICO

Ancylostoma caninum, *Ancylostoma braziliense* y *Uncinaria stenocephala*.

FASES DE DESARROLLO Y CICLO BIOLÓGICO

Los gusanos adultos presentan características morfológicas semejantes a las de las uncinarias de humanos y viven en el intestino delgado de caninos y felinos. Cada hembra oviposita de 10,000 a 20,000 huevos al día, aunque el número se reduce en infecciones intensas y después de los primeros meses de vida de los parásitos, cuyo promedio de longevidad es de 6 a 18 meses. Los huevos eliminados durante la defecación en el suelo, preferentemente arenoso, caliente, húmedo y sombreado es donde los huevos embrionan, hacen eclosión bajo

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 3er año Dermatología, CDP.



Figura 1. Trayectos serpiginosos con vesículas.



Figura 2. Múltiples trayectos lineales.

condiciones adecuadas de temperatura, humedad y aereación.^{6,7}

Una vez que hacen eclosión los huevos dan lugar a las larvas rhaditiformes que se transformarán en larvas filariformes o infectantes. El contacto con la tierra que tenga larvas filariformes da origen a la infección, y después de dos mudas (2 a 5 días), es posible encontrar casi en la superficie del suelo (aproximadamente a 1.5 cm de profundidad) larvas filariformes (L3), las cuales



Figura 3. Aspecto topográfico en abdomen.

son las formas infectantes y pueden tener supervivencia de seis meses. Los huéspedes naturales se infectan por vías percutánea, oral y transmamaria; pero las larvas no pueden realizar su ciclo completo limitándose a migrar por las capa superficiales de la piel.⁶

EPIDEMIOLOGÍA

La *Larva migrans* cutánea es una enfermedad clínica que generalmente se observa en la República Mexicana, principalmente en regiones con climas cálidos con suelos húmedos, arenosos y humedad por arriba de 87% como las costas de Veracruz, Guerrero, Yucatán, Tamaulipas, Oaxaca y Michoacán. A nivel mundial se han descrito mayor número de casos en las Costas del Mediterráneo, Australia, Caribe, África, Asia (Corea), India, Sudamérica (Brasil, Bolivia, Perú, Chile) y en Estados Unidos. Jelinek y cols. reportaron que 6.7% de 13,300 viajeros que estuvieron en los estados de Nueva Jersey hasta Texas presentaron la enfermedad. Encontrando una mayor incidencia en Florida.^{2,7}

PATOGENIA

Las larvas filariformes penetran a la piel a través de los folículos pilosebáceos o fisuras, aunque tienen la capacidad de invadir epidermis sin que haya solución de continuidad debido a las enzimas proteolíticas (cisteinproteinasas, metaloproteinasas, hialuronidasas y factor de adhesión de neutrófilos activados). Después de algunas horas de haber penetrado, las larvas empiezan la migra-



Figura 4. Manchas residuales, después del tratamiento.

ción intraepidérmica, forman el túnel serpiginoso y avanzan en la capa basal desde unos milímetros a 2 a 3 cm por día; no entran a la dermis por carecer de colagenasas, enzimas necesarias para la invasión dérmica. Las larvas mueren dentro de la piel a las dos u ocho semanas, rara vez sobreviven un año. Del 25 al 35% de las larvas mueren en cuatro semanas sin tratamiento. Del 10 al 30% de los pacientes pueden presentar una respuesta inflamatoria tisular, prurito además de eosinofilia y elevación de IgE hasta en un 12 al 15%, incluso presentarse el síndrome de Löffler (cuando se trata de *A. duodenale* y *N. americanus*) o enteritis eosinofílica.⁸

CUADRO CLÍNICO

La lesión inicial consiste de una pápula rojiza y pruriginosa o una dermatitis inespecífica localizada en el sitio de penetración. El hallazgo típico de consultorio es el trayecto (túnel) serpiginoso indurado que hace relieve, único o múltiple, causado por la migración larvaria, con reacción inflamatoria que en raras ocasiones va más allá de la capa basal de la epidermis y crecimiento diario de 1 a 3 cm/día, marcado por prurito intenso, eritema y erupción vesiculosa. El rascado constante induce la aparición de costras y propicia infecciones bacterianas secundarias. Algunos pacientes presentan edema o dolor de la zona afectada. Sin tratamiento el trastorno puede autolimitarse y desaparecer al cabo de semanas o meses.^{2,9}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se fundamenta en el antecedente de exposición y morfología de las lesiones cutáneas.



Figura 5. Dos semanas después del tratamiento.

HISTOLOGÍA

La biopsia de piel, necesaria para identificar la especie del parásito involucrado, tiene poca utilidad práctica, además de que con cierta frecuencia es negativa debido a que la larva se encuentra un poco más adelante de la lesión visible. La coloración de PAS es útil para colorear los mucopolisacáridos de la membrana de la larva, pues en algunas ocasiones ésta es difícil de identificar con la coloración de rutina (hematoxilina-eosina). Se observa una epidermis con acantosis, focos de espongirosis y una fisura epidérmica o dermoepidérmica. La dermis puede presentar vasodilatación e infiltrados inflamatorios con predominio de eosinófilos principalmente en dermis superficial y media.¹⁰

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Eritema crónico migratorio, enfermedad de Lyme, *Larva currens* (*S. stercoralis*), dermatofitosis.^{5,8}

PROFILAXIS

En zonas endémicas, es conveniente el tratamiento periódico de perros y gatos a partir de las 4 semanas de edad.

Además de evitar el acceso de perros y gatos a las áreas de juego como playas y áreas de trabajo donde ocurra el contacto de la piel con el suelo.^{4,6}

TRATAMIENTO

Existe un gran arsenal terapéutico que podemos emplear, eso dependerá principalmente del número de lesiones, es decir, cuando existen una o pocas lesiones se puede utilizar enfriamiento local con cloruro de etilo o nitrógeno líquido, pero cuando hay mayor número de lesiones se recomienda tratamiento sistémico por vía oral y los de mayor efectividad son: Albendazol 400 mg al día durante 3 a 5 días así como ivermectina 200 mg/kg día en dosis única.⁶⁻⁸

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 72 años de edad, viuda, ama de casa, originaria y residente de Tlacotepec Michoacán, acudió a consulta al Centro Dermatológico Pascua en enero 2007.

Presentaba una dermatosis diseminada a tronco y extremidad inferior izquierda de las que afecta hemiabdomen izquierdo y cara anterolateral externa de muslo.

Se constituía por múltiples trayectos lineales, serpiginosos, eritematosos, elevados de 1 hasta 5 cm de longitud con vesículas y ampollas al final de dichos trayectos, muy pruriginosa (*Figuras 1, 2 y 3*).

Inicia su padecimiento 3 semanas previas de acudir a la consulta, refiriendo un granito en el muslo que le daba mucha comezón y que después de 2 días se fue extendiendo hacia arriba y a los lados. Recibió tratamiento prescrito por médico general a base de óxido de zinc durante 5 días, sin mejoría.

Antecedente de haber acudido a las playas de Acaapulco, Guerrero 7 días antes de haber iniciado su padecimiento.

En resto de piel y anexos, examen médico general así mismo como en los antecedentes heredofamiliares no se hallaron datos de importancia para el padecimiento actual.

Se estableció el diagnóstico de *Larva migrans* y se inició tratamiento con ivermectina 6 mg (dos tabletas juntas, dosis única) con evolución hasta la curación en 2 semanas, dejando únicamente manchas residuales (*Figuras 4 y 5*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hotez P, Brooker J, Bottazzi M. Currents concepts: Hookworm infection. *N Engl J Med* 2004; 351: 799-807.
2. Liu L, Weller P. Drug Therapy: Antiparasitic drugs. *N Engl J Med* 1996; 334: 1178-84.
3. Shinkar R, Stocks R. *Cutaneous Larva migrans, creeping eruption, sand worn*. James Paget Hospital, Great Yarmouth, UK.
4. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of *Larva migrans* cutaneous (creeping eruption): A comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Derm* 2001; 40: 67-71.
5. Escalante E, Rosas N. *Larva migrans* cutánea. *Dermatología Peruana* 2000; 10: 6-10.
6. Juckett G. Pets and parasites. *Am Fam Physician* 1997; 56: 1763-74.
7. Cruz-Reyes A, Botey MA. *Larva migrans* en México. *Mundo Médico* 1997; 28: 11-22.
8. Saez-De-Ocariz M, MacKinster CD, Ruiz-Maldonado R. Treatment of 18 children with cutaneous *Larvae migrans* using ivermectine. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27: 264-7.
9. Ivermectina VJ. Nuevos usos de una vieja droga. *Rev Col Dermatol* 1999; 7: 29-32.
10. Bouchad O, Houzé S, Schiemann R. Cutaneous *Larva migrans* in travelers. A prospective study with assessment therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 493-98.