

Caso para diagnóstico

Dermatosis en el párpado superior

Larissa López Cepeda,* Paola Castañeda Gameros**

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 7 años de edad, originario y residente de México, D.F. Presenta una dermatosis localizada en la cabeza de la que afecta el párpado superior izquierdo, en su canto interno, constituida por un trayecto lineal, serpinginoso, eritematoso, elevado, de 1 a 3 cm de longitud, pruriginoso,

con aproximadamente un mes de evolución. Al interrogatorio, la madre refiere la presencia de un «granito» en el párpado del ojo izquierdo que se ha extendido en forma lineal (*Figura 1*). Resto de la piel y anexos sin alteraciones. Sin tratamiento previo. Antecedente de jugar con tierra de forma frecuente.

Con los datos antes descritos, ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Trayecto serpinginoso eritematoso, en canto interno del párpado superior izquierdo.

* Dermatóloga

** Residente de Primer Año de Dermatología.

DIAGNÓSTICO: LARVA MIGRANS CUTÁNEA

La larva migrans cutánea, también llamada eritema reptante y dermatitis verminosa o serpinginosa,^{1,2} es una ectoparasitosis producida por larvas de parásitos nemátodos, como *Ancylostoma braziliense*, *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala*,^{1,3-5} adquiridos por contacto directo con heces de perros y gatos, principalmente en suelos arenosos.⁶

Fue descrita por primera vez en 1874 por Lee como una «erupción crepitante». Cincuenta años más tarde, Kirby-Smith y colaboradores describieron una larva de nemátodo, en la biopsia de un paciente con una «erupción crepitante» en la planta del pie. Años más tarde se observó el mismo tipo de lesiones en forma constante, en infecciones experimentales a voluntarios con las larvas de *A. braziliense*, *A. Caninum* y *U. stenocephala* de perros y gatos.⁷

Es una dermatosis que afecta cualquier raza, edad y sexo. Por largo tiempo, se ha considerado endémica de países en vías de desarrollo, y se han descrito casos en países de primer mundo, principalmente en turistas.^{3,4,6,7} Sin embargo, se presenta con mayor frecuencia en zonas tropicales con suelos arenosos, húmedos y calientes.⁵⁻⁷ Se ha observado una mayor incidencia en la temporada de lluvias. Es más común este tipo de infestación en países en donde perros y gatos no son tratados de forma regular con antihelmínticos.^{3,7}

Los huevos, eliminados en el suelo durante la defecación de perros y gatos infectados, embrionan y hacen eclosión bajo condiciones adecuadas de temperatura, humedad y aereación,^{3,4} dando lugar a las larvas raditiformes que después de dos mudas (2 a 5 días), es posible encontrar casi en la superficie del suelo (aproximadamente a 1.5 cm de profundidad). Son larvas filariformes que pueden sobrevivir hasta 6 meses y cuyo contacto directo da origen a la infestación.^{2,7}

La larva infectante mide cerca de 1 cm y penetra a la piel a través de soluciones de continuidad o de los folículos pilosos, formando un túnel serpinginoso a nivel de la epidermis o unión dermoepidérmica y avanza a través de la capa basal desde unos milímetros hasta 2-3 cm por día.⁷ Migra e incuba en un periodo promedio de dos semanas, pudiendo ser de hasta 50 semanas;^{3,9} se cree que esta variabilidad sea secundaria a factores propios del parásito o del huésped aún desconocidos.⁹

Los pacientes frecuentemente se infectan al caminar, recostarse o tener contacto directo en playas o suelos arenosos húmedos.^{2,4,5} Los sitios comúnmente afectados en las extremidades son las plantas, tórax posterior, las nalgas y manos. Inicia como una pápula rojiza a

las pocas horas de penetración. El hallazgo típico son los trayectos serpinginosos, ligeramente elevados, móviles y migratorios, eritematosos; con una vesícula en su parte terminal.^{2,4} Avanza diariamente varios milímetros hasta 3 cm, principalmente por las noches. Se acompaña de intenso prurito, en ocasiones de dolor. El rascado intenso puede provocar la aparición de costras e infecciones bacterianas sobreagregadas.^{1,2}

El diagnóstico se basa en las características clínicas de morfología y el antecedente de exposición; no es necesaria la realización de estudios adicionales de forma rutinaria.^{3,6} La biopsia tiene poca utilidad práctica, ya que es excepcional encontrar la larva.³ Cuando se realiza, 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.^{1,2}

La dermatosis es autolimitada, durando el proceso de semanas a meses; incluso hasta se han reportado casos mayores de 22 meses al no realizar un tratamiento y diagnóstico oportunos.³ Debido al riesgo potencial de complicaciones, a la intensidad del prurito y la duración de la enfermedad se da como tratamiento de elección tiabendazol 25 mg/kg dividido en dos dosis por dos a cuatro días, dos ciclos con siete días de separación.^{4,6,10} En México no se encuentra el fármaco en el mercado, por lo que se recomienda albendazol 400 mg al día por 3 días,^{4,6,10} ivermectina 200 mg/kg dosis única, recordando que este último medicamento está contraindicado en niños con peso menor de 15 kilos, antes de los 5 años de edad y en mujeres embarazadas^{3,4,6,7} (tratamiento otorgado a paciente). Existen otras opciones tópicas como tiabendazol tópico y crioterapia con nitrógeno líquido.^{4,10}

CONCLUSIÓN

Dos son los motivos principales para la presentación de este caso: la topografía poco frecuente y la importancia de una historia clínica detallada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Cuarta Edición. México: Interamericana, Mc Graw-Hill, 2009; Capítulo 110: 545-550.
2. López CLD, Márquez PCE. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16: 85-88.
3. Nordlund JJ. Cutaneous ectoparasites. *Dermatologic Therapy* 2009; 22: 503-17.

4. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 302-309.
5. Elias KS, Oumesih YO, Oumeish I. Epidemiology of common parasitic infections of the skin in infants and children. *Clinics in Dermatology* 2002; 20: 36-43.
6. Patel S, Sethi A. Imported tropical diseases. *Dermatol Ther* 2009; 22: 538-549.
7. Heukelbach J, Hengge UR. Bed bugs, leeches and hookworm larvae in the skin. *Clin in Dermatol* 2009; 27: 285-290.
8. Morrone A, Paradisi M, Paradisi A, Valenzano M, Fazio R, Fornari U et al. Autochthonous creeping eruption in an Italian child. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9: 205-206.
9. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Diseases* 2000; 30: 811-814.
10. Siriez JY, Oisangoulvant F, Buffet P, Cleophax C, Bourrat E. Individual variability of the cutaneous larva migrans (CLM) incubation period. *Pediat Dermatol* 2010; 27: 211-212.

Correspondencia:

Dra. Larissa López Cepeda,
Dra. Paola Castañeda Gameros.
Dr. Vértiz Núm. 464. Esq. Av. Central.
Col. Buenos Aires
06780 México, D. F.
Correo electrónico: pcgameros@yahoo.com