

## Caso clínico

# Larva migrans cutánea. Comunicación de tres casos

Angélica Villanueva Otamendi,\* Beatriz Cortez Carmona,\* Miguel Ángel Cardona Hernández,\*\*  
Silvia Julieta García Contreras,\*\*\* Ana Cecilia Rodas Díaz,\*\*\* Verónica Fabiola Soria Uzquiano,\*\*\*  
Karina Morán Martínez \*\*\*\*

### RESUMEN

Larva migrans cutánea es un término clínico que se utiliza para designar a una dermatosis con distribución lineal y serpiginosa, ocasionada con mayor frecuencia por el *Ancylostoma braziliense*. Se observa principalmente en América Central y Sur y en la región sureste de Estados Unidos; predomina en lugares húmedos, tropicales y subtropicales. En algunos casos se puede acompañar de eosinofilia e infiltrados pulmonares (síndrome de Löeffler).

Palabras clave: Larva migrans cutánea, síndrome de Löeffler, *Ancylostoma braziliense*.

### ABSTRACT

*Cutaneous Larva migrans is a clinic term used to design a dermatosis of lineal and serpiginous character, produced most frequently by Ancylostoma braziliense. We can find it in Central and South America, South of United States, predominates in wet, tropical and subtropical places. In some cases may be associated with eosinophilia and pulmonary infiltrates (Löeffler's syndrome).*

Key words: *Cutaneous larva migrans. Löeffler's syndrome, Ancylostoma braziliense.*

### INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea (LMC) es una parasitosis que se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones que siguen un trayecto lineal y serpiginoso. Es endémica de países con climas cálidos y húmedos de áreas tropicales y subtropicales.<sup>1-3</sup> Tiene distribución mundial, con predominio en África, América del Sur, el Caribe, Centro América, México, Sureste de Asia y Estados

Unidos.<sup>4,5</sup> A pesar de que predomina en las zonas arriba mencionadas, se han comunicado pequeñas epidemias en zonas con clima templado, como Alemania, Francia y Nueva Zelanda.<sup>6</sup> En México predomina en las costas de los estados de Tamaulipas, Veracruz, Tabasco y Guerrero. La mayoría de casos diagnosticados en países del primer mundo han sido viajeros que han acudido por alguna razón a zonas tropicales.<sup>3</sup> Afecta cualquier edad, raza o género.

En 1874, Lee realizó la primera descripción en la piel de un paciente de 50 años; posteriormente, Kirby-Smith y colaboradores observaron larvas filariformes de nemátodos en la biopsia simple de piel de un paciente con una erupción serpiginosa.<sup>2</sup>

El agente etiológico más frecuentemente involucrado es el *Ancylostoma braziliense*, un helminto que como gusano adulto vive en el intestino de gatos, perros y felinos salvajes; con menor frecuencia es ocasionada por

\* Dermatólogo. Consulta General.

\*\* Médico residente del cuarto año de Dermatología.

\*\*\* Médico residente del tercer año de Dermatología.

\*\*\*\* Médico residente del segundo año de Dermatología.

larvas del *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*, *Ancylostoma caninum* y el *Strongyloides stercoralis*.<sup>3,5,7-9</sup> El ciclo vital de los distintos nemátodos es muy similar. Los huevos de los parásitos son expulsados con las heces de los animales infestados para caer en suelos arenosos de playas, jardines, etc. Maduran formando larvas que inicialmente son rhabditiformes, posteriormente estrongiloides y después de 5-7 días se desarrolla el tipo infectante filariforme.<sup>3,4,8</sup> Afectan únicamente la epidermis humana, parecen incapaces de penetrar la dermis, la mayoría se mueve sin rumbo en la parte inferior del estrato córneo por un lapso de dos a cincuenta semanas antes de morir. El periodo de incubación suele ser corto, aproximadamente de dos semanas.

Al contacto con los seres humanos, las larvas pueden penetrar a través de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas o fisuras de la piel, con más frecuencia a nivel del pie.<sup>3,4</sup> Avanzan aproximadamente 2-5 cm/día dentro de la epidermis, originando una lesión inicial de tipo papular, eritematosa, inespecífica. Posteriormente se desarrolla un trayecto lineal, sinuoso, generalmente elevado y eritematoso, que varía en coloración desde rosa a rojo oscuro, de 2-3 mm de grosor, de contenido seroso, al que pueden acompañar nódulos o ampollas. Del Giudice y colaboradores comunicaron en 2002 un caso clínico que se manifestó en forma de foliculitis a nivel de los glúteos.<sup>1</sup> Los pacientes refieren prurito intenso, algunas veces con sensación de ardor. Si se realizan exámenes de laboratorio o radiológicos, a veces puede coexistir una elevación de IgE e infiltrados pulmonares eosinofílicos transitorios (síndrome de Löeffler).<sup>1,4,5,8,9,11</sup>

La distribución topográfica de las lesiones en los turistas es diferente de la encontrada en la gente autóctona de los sitios endémicos. En un estudio se encontró que la topografía más común en los turistas es en los pies, nalgas y muslos, siendo estas áreas del cuerpo las que se encuentran en contacto con la tierra contaminada con heces mientras caminan o se sientan en la playa, en contraste con lo observado en la gente que radica en las comunidades endémicas, en las que predomina en tronco y piernas.<sup>2</sup>

El diagnóstico de esta parasitosis se basa en las características clínicas de topografía y morfología y con el antecedente de haber acudido a alguno de los sitios antes mencionados. No es necesaria la realización de una biopsia, ya que ésta sólo nos mostraría un infiltrado inflamatorio, y raramente la larva.

Es una enfermedad autolimitada; el ser humano es el huésped terminal, en el que la larva no puede llegar a adulto, termina muriendo y desaparece después de uno a seis meses.<sup>2</sup>

Los diagnósticos diferenciales que se deben incluir son: larva migrans visceral, erupciones por *Strongyloides stercoralis*, miasis, dermatitis alérgica de contacto, piodermias o urticaria facticia.<sup>1</sup>

Las complicaciones que se pueden presentar son impétigo secundario, reacciones alérgicas por irritante primario y en algunos casos puede producirse el síndrome de Löeffler, el cual se caracteriza por infiltrados pulmonares transitorios con eosinofilia periférica.<sup>2,5</sup> Se manifiesta como un cuadro respiratorio agudo (raras veces con fiebre), con tos espasmódica, expectoración ocasionalmente hemoptoica, sibilancias, estertores de burbuja fina y signos de consolidación pulmonar de distribución periférica no segmentaria, simulando una neumonía atípica. El broncoespasmo, a veces severo, simula una crisis asmática aguda. Cuando éste se desarrolla, existe una asociación estricta y obligatoria con eosinofilia en sangre periférica de intensidad variable, aunque generalmente elevada. El cuadro clínico es de corta duración; puede ceder en forma espontánea; rara vez progresa a falla respiratoria con necesidad de empleo de esteroides y soporte ventilatorio mecánico. Se le ha asociado con los siguientes parásitos: *Ascaris*, *Trichuris trichiura*, *Strongyloides*, *Taenia saginata*, *Fasciola hepatica*, *Entamoeba histolytica*, *Trichinella* y *Brucella*. Se sugiere que posiblemente el anquilostoma en la piel da lugar a una sensibilización generalizada hacia los antígenos del parásito que a nivel pulmonar se hace soluble, lo que produce un infiltrado eosinofílico pulmonar.<sup>12-15</sup>

El tratamiento puede ser de forma local o sistémica. Dentro del local se encuentran la crioterapia y el tiabendazol.<sup>2</sup>

La crioterapia se considera de muy baja efectividad y es un tratamiento muy doloroso;<sup>2</sup> por lo tanto, debe evitarse.<sup>5</sup>

El tiabendazol tópico en crema al 2% o loción al 10-15% ofrece la ventaja de no asociarse a efectos secundarios sistémicos. Sus desventajas son su valor limitado en lesiones múltiples y que requiere aplicarse varias veces al día.<sup>2,5</sup>

El tratamiento de forma sistémica puede instaurarse con tiabendazol, ivermectina o albendazol.

El tiabendazol es el fármaco con el que se tiene mayor experiencia;<sup>2</sup> es poco efectivo cuando se administra una sola dosis. Es menos tolerado que el albendazol y la ivermectina.<sup>5</sup> La dosis recomendada es de 20-50 mg/kg/día por 2-4 días.<sup>7</sup>

La ivermectina ofrece una tasa de curación del 80 al 100%; en casos múltiples se considera el tratamiento de elección.<sup>2</sup> La dosis recomendada es de 200 µg/kg en dosis única.<sup>3,7</sup>

El albendazol se utilizó para tratamiento de larva migrans por primera vez en el año 1982;<sup>10</sup> se considera que tiene buena tolerancia y efectividad<sup>2</sup> a dosis de 400 mg por 5-7 días.<sup>7,11,14</sup>



**Figura 1.** Aspecto general de las lesiones en dorso de oratejos.



**Figura 2.** Lesiones en cara plantar.

El flubendazol a dosis de 200 mg al día, durante cinco días, está actualmente en fase experimental; parece ser una buena alternativa para el futuro.<sup>6</sup>

En cuanto a la prevención, al momento de visitar países tropicales se recomienda utilizar calzado que cubra todo el pie. También se sugiere no sentarse o acostarse sobre la arena.<sup>7</sup>

## CASOS CLÍNICOS

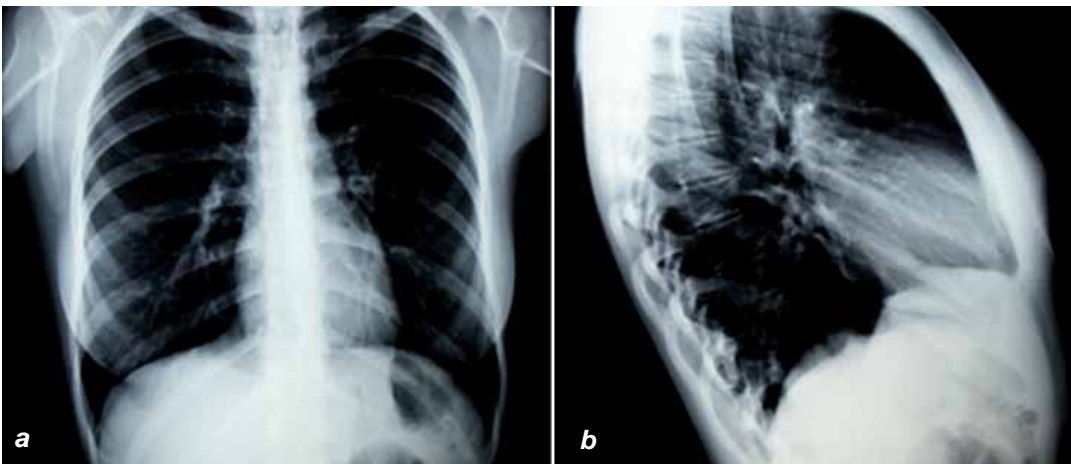
### Caso 1

Paciente del sexo femenino, de 21 años de edad, con una dermatosis localizada en extremidad inferior derecha, de la que afecta dorso de pie en segundo, cuarto y quinto oratejos. Unilateral. Constituida por ampollas, algunas exulceradas, que se asientan sobre una base eritematosa, superficie con costras hemáticas (*Figuras 1 y 2*). La evolución de la dermatosis es aguda y pruriginosa.

Refiere haber iniciado siete días previos a la consulta con «piquetes de insecto» e intenso prurito, de predominio nocturno. Posteriormente se agrega tos, no productiva, en accesos persistentes hasta el momento de su evaluación.

Como antecedentes de importancia, nueve días antes viajó a la ciudad de Acapulco, Guerrero. Se realizó interrogatorio dirigido para descartar patología pulmonar y cardíaca, así como datos de inmunosupresión, los cuales fueron negativos.

Se solicitaron estudios de laboratorio encontrando eosinofilia leve (leucocitos 8,900/mm<sup>3</sup>, eosinófilos 10.5%, -934 totales-); la radiografía PA de tórax mostró un infiltrado intersticial y algunas imágenes nodulares que se confirmaron con la proyección lateral (*Figura*



**Figura 3. a.** Placa PA de tórax de la paciente en donde se aprecia un infiltrado intersticial difuso bilateral compatible con neumonitis. **b.** Proyección lateral derecha que evidencia infiltrados nodulares.



**Figura 4.** Manchas residuales hiperpigmentadas.

3). El resto de los exámenes de laboratorio, incluyendo coproparasitológico, resultaron negativos.

Con todo lo anterior, se realizó el diagnóstico de *larva migrans* cutánea asociada a síndrome de Löeffler, por lo que se inició tratamiento con ivermectina 12 mg, pastas secantes y emolientes, con evolución favorable, observándose involución de las lesiones cutáneas y la sintomatología respiratoria en diez días. Se solicitó nuevo hemograma una semana después de terminado el tratamiento, en esta ocasión con eosinófilos dentro de límites normales (2.0%-116 totales).

En su última cita, once días después, la paciente muestra solamente manchas residuales hiperpigmentadas en el sitio previamente afectado, sin patología pulmonar (Figura 4).

## Caso 2

Escolar de sexo femenino de 8 años de edad, originaria y residente de México, Distrito Federal.

Presenta dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores de las que afecta dorso de mano derecha y dorso de pie derecho. Unilateral. Es una dermatosis constituida por 2 trayectos lineales, serpiginosos, eritematosos, elevados (Figuras 5 y 6).

Inicia su padecimiento 2 meses antes de acudir a consulta, al presentar un «granito» en el pie, que fue creciendo lentamente. Recibió tratamiento con betametasona oral por 15 días, prescrito por médico general, sin mejoría. Cuenta con el antecedente de haber acudido a las playas de Acapulco dos meses antes de haber iniciado su padecimiento.

Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Se realizó el diagnóstico de larva migrans y se inició tratamiento con ivermectina 6 mg con evolución hasta la curación.



**Figura 5.** Trayectos lineales, serpiginosos eritematosos en dorso de mano.



**Figura 6.** Detalle de las lesiones en dorso de pie.



### Caso 3

Paciente de sexo masculino, de 42 años de edad, ingeniero geólogo, originario y residente del D.F., quien acudió por una dermatosis localizada a tronco, del que afectaba la cara antero-lateral derecha de tórax y cara posterior de región deltoidea derecha, constituida por dos placas exulceradas, de aproximadamente 3 x 1 cm de diámetro, fondo limpio y blanquecino, rodeadas por halo eritematoso y múltiples trayectos lineales, serpiginosos, elevados, de evolución crónica y pruriginosa (Figuras 7 y 8). El cuadro inicia 4 semanas antes de



**Figura 7.** Aspecto general de las lesiones en tórax anterior; se aprecian trayectos serpiginosos y lineales.



**Figura 8.** Lesiones en región deltoidea.

acudir a consulta, con la presencia de enrojecimiento lineal y prurito, motivo por el cual aplicó ajo por iniciativa propia y cubrió con gasas durante las dos semanas previas a su consulta. Cuenta con el antecedente de haberse acostado en el jardín de su casa sin cubrirse la espalda por aproximadamente 2 horas. El examen de resto de piel y anexos y los antecedentes personales patológicos sin importancia para el padecimiento actual.

El diagnóstico clínico fue de *larva migrans* y dermatitis irritativa por contacto con ajo. Se inició tratamiento con ivermectina 6 mg (dosis única) y antihistamínico. Para la dermatitis por contacto se indicaron fomentos con sulfato de aluminio y acetato de calcio, vioformo tópico y explicación amplia de su padecimiento. Su evolución fue satisfactoria, con curación a las 2 semanas, dejando como secuela únicamente manchas residuales.

### COMENTARIO

La *larva migrans* es una patología común en zonas tropicales y subtropicales. Con el incremento de viajes internacionales, probablemente se observará con mayor frecuencia en el futuro, por lo que los médicos deben familiarizarse con el cuadro clínico y estar conscientes de las complicaciones pulmonares, las cuales pueden ser muy importantes.

El caso número uno nos ejemplifica una dermatosis con morfología poco específica del padecimiento; en éste, la anamnesis fue de vital importancia. El antecedente de haber viajado a la playa nos llevó a la sospecha diagnóstica, la cual se confirmó con los hallazgos de laboratorio (eosinofilia absoluta) y gabinete (infiltrado pulmonar intersticial). Actualmente, la paciente se encuentra con remisión de las lesiones y sin compromiso pulmonar.

En general, en la *larva migrans cutánea* no se desarrollan síntomas sistémicos; esta asociación se ha observado en pocas ocasiones y sólo se han comunicado ocho casos publicados por Wright y Gold,<sup>7</sup> quienes sugieren que el síndrome de Löeffler se debe a una reacción de hipersensibilidad durante la migración de las larvas. Continúa en discusión el mecanismo exacto de cómo se produce. Una revisión reciente de las manifestaciones pulmonares en la esquistosomiasis invasora sugiere que no se debe a la migración pulmonar, sino más bien a un proceso inmunológico sistémico reactivo.<sup>15</sup>

En el caso número 3 llama la atención que no están presentes las características epidemiológicas ni clínicas habituales de esta parasitosis; el antecedente de contacto no era claro, ya que no había asistido a la playa,

la topografía no era la habitual y las lesiones, pese a presentar las características morfológicas de larva migrans, estaban modificadas por la irritación secundaria a la aplicación oclusiva del ajo.

Es importante tomar en cuenta que el ajo es comúnmente utilizado en la medicina popular, ocasionando dermatitis por contacto alérgicas o irritativas, ambas atribuibles al alérgeno dialilsulfuro y alguno de sus derivados. Es un potente irritante bajo oclusión.

Por otro lado, es necesario implementar acciones de educación sanitaria, informar a la población en riesgo y desparasitar a los animales susceptibles para cortar así el ciclo de transmisión de esta zoonosis.

Como medidas preventivas, se debe recomendar a los visitantes utilizar un calzado adecuado para evitar el contacto directo con la larva en arena contaminada.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, Vandenbos F et al. Löeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: a rare association. *British J Dermatol* 2002; 147: 385-387.
2. Varela CCS y cols. Larva migrans cutánea: diagnóstico y tratamiento en atención primaria. *Medifam* 2002; 12(10): 655-657.
3. Canizares O, Harman RRM. Helminthic disease I. Nematodes-cutaneous manifestations of intestinal parasites. In: Cambridge, MA: *Clinical tropical dermatology*. 2<sup>nd</sup> Ed. Blackwell Scientific, 1992: 332-334.
4. Celano G, Ruatti P. Larva migrans cutánea (creeping eruption). Osservazioni su un caso autóctono trattato con albendazolo. *Chron Dermatol* 1996; 6(4): 517-528.
5. Gilles HM. Soil-transmitted helminthes (geohelminths). Cutaneous larva migrans. In: Cook GC. *Tropical disease*. Ed. Manson's London: WB Saunders, 1996: 1392-1394.
6. Noemí I, Atías A. Eosinofilia y parasitosis. En: Atías A. *Parasitología médica*. Mediterráneo, Santiago-Chile. 2000; 38: 196-200
7. Wright DO, Gold EM. Löeffler's syndrome associated with creeping eruption (cutaneous helminthiasis). *Arch Intern Med* 1946; 78: 303-312.
8. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Parasitic worms and protozoa. In: *Textbook of dermatology*, Vol. 2, 5<sup>th</sup> Ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992: 1233-1235.
9. Paulizzi P, Rizzi MG, Mattighello P. Larva migrans: report of three cases. Therapeutic advice. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1996; 6: 89-91.
10. Guill MA, Odon RB. Larva migrans complicated by Löeffler's syndrome. *Arch Dermatol* 1978; 114: 1525-1526.
11. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 811-814.
12. Hunninghake GW, Richerson HB. Neumonitis por hipersensibilidad y neumonías eosinófilas. En: Harrison TR. *Principios de medicina interna*. 15<sup>a</sup> Ed. McGraw-Hill -Interamericana de España, Madrid-España. 2001; 237: 8280-8285.
13. Rothenberg ME. Eosinophilia. *N Engl J Med* 1998; 338: 1592.
14. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of cutaneous larva migrans (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Intern J Dermatol* 2001; 40: 67-71.
15. Butland RJA, Coulson IH. Pulmonary eosinophilia associated with cutaneous larva migrans. *Thorax* 1985; 40: 76-77.

#### Correspondencia:

Dra. Angélica Villanueva Otamendi  
 Dr. Vértiz Núm. 464, esquina Eje 3 Sur,  
 Colonia Buenos Aires,  
 06780, México D.F.  
 Correo electrónico: angelica\_vo@hotmail.com