

Caso clínico

Larva migrans cutánea. Comunicación de un caso familiar

Virginia Martínez Estrada,* Marisela Valencia Álvarez**

RESUMEN

La larva migrans cutánea (LMC) es una parasitosis causada por la presencia y subsecuente migración de larvas de nemátodos de diferentes animales en capas superficiales y/o profundas de la piel, caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas, endémica en climas cálidos y húmedos de zonas tropicales y subtropicales, pero cada vez más evidente en otras áreas dada la frecuencia de viajes de trabajo o placer. Presentamos el caso de tres miembros de una familia, residentes de México D.F., que adquirieron la larva en una playa del Pacífico mexicano (Acapulco).

Palabras clave: Larva migrans cutánea.

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans (CLM) is a parasitic disease caused by the presence and subsequent migration of nematode larvae of different animals in surface layers and/or deep skin, characterized by serpiginous skin lesions, endemic in hot, humid tropical and subtropical zones, but increasingly evident in other areas given the frequency of business and leisure travel. We report the case of three members of a family, residents of Mexico City acquiring the larva in the Mexican Pacific beach (Acapulco).

Key words: Larva migrans.

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea (LMC) es una parasitosis causada por la presencia y subsecuente migración de larvas de nemátodos parásitos de diferentes animales en las capas superficiales y/o profundas de la piel.¹ Caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas. Endémica en climas cálidos y húmedos de zonas tropicales y subtropicales, pero cada vez más frecuente en otras áreas, dada la frecuencia de viajes de trabajo o placer a países exóticos.¹⁻³

El primero en describir esta entidad fue Lee en 1874, siendo hasta años posteriores cuando Kirby-Smith y colaboradores observaron larvas filariformes de ne-

mátodos en la biopsia de piel de un paciente con una erupción serpiginosa.²

El agente etiológico más frecuente en México es *Ancylostoma caninum*, nemátodo que como gusano adulto vive en el intestino de caninos, seguido de *Ancylostoma braziliense*, que vive en el intestino de gatos, perros y felinos salvajes.^{1,2,4,5}

Las zonas tropicales y subtropicales son las que presentan una mayor incidencia, en México, en el Caribe mexicano, Tamaulipas, Veracruz, Tabasco y Guerrero; en Brasil, Colombia, Jamaica, Venezuela, Barbados, Senegal y varios países asiáticos, entre los que destaca Tailandia. La mayoría de casos diagnosticados en países del primer mundo han sido viajeros que han acudido por alguna razón a zonas tropicales.³⁻⁵

Afecta cualquier edad, sin predilección por género o raza. Los turistas constituyen el 50% de los casos. Así mismo, se considera en riesgo a los niños debido a sus hábitos de juego, a jardineros y otras personas que se encuentren expuestos a suelos contaminados con materia fecal de perro o gato.^{6,7} Estos animales

* Jefa de la Clínica de Enfermedades Colagenovasculares.

** Residente del tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

por sus heces eliminan alrededor de 20,000 huevos/día, los cuales en un ambiente adecuado: temperaturas mayores a los 25 °C, humedad suficiente y suelos arcillosos o arenosos y sombreados la eclosión puede ocurrir al cabo de 48 horas, dan lugar a larvas rabditiformes, posteriormente estrongiloides y finalmente en 5-7 días la forma filariforme e infecciosa, tanto para el perro como para el humano, hospedero accidental.¹⁻³

Al contacto con los humanos, las larvas pueden penetrar la piel mediante sus proteasas o a través de fisuras, folículos pilosos, glándulas sudoríparas y, rara vez, mucosas. Los pacientes refieren con frecuencia el haber sentido «un piquete» en el sitio de entrada de la larva o larvas. Horas después de la penetración aparece una pápula eritematosa y en un tiempo variable de días o semanas, la larva emigra en la parte inferior del estrato córneo; al parecer son incapaces de penetrar la dermis, labran trayectos levantados, sinuosos, únicos o múltiples, de acuerdo al número de parásitos, de 2-3 mm de grosor, eritematosos, con pápulas, vesículas, descamación y eritema (signo de la dermatitis verminosa reptante) y avanzan desde algunos milímetros a 2-5 cm al día. La lesión es progresiva y causa un prurito muy importante (primera causa de consulta). La topografía más frecuente es en los pies, manos, glúteos, ano, genitales, tronco, muslos o piernas.^{1,4,6,7}

Existen casos de folliculitis papular eosinofílica, de curso crónico cuando una gran cantidad de larvas penetran los folículos pilosos. Este padecimiento no incluye trayectos en piel, lo que dificulta su diagnóstico.⁸

La erupción cutánea puede acompañarse de eosinofilia, elevación de la IgE e incluso infiltrados pulmonares eosinofílicos (síndrome de Loeffler).⁹⁻¹¹

Se han publicado casos de enteritis eosinofílica manifestada por síndrome con dolor abdominal agudo, náuseas, anorexia y diarrea. Es rara la ulceración de íleon terminal y colon, y cuando se presenta constituye una emergencia quirúrgica.

Se han comunicado de manera esporádica: neumonitis eosinofílica, eritema polimorfo, opacidad corneal, larvas en tejido muscular y neuroretinitis subaguda unilateral difusa.¹⁰

DIAGNÓSTICO

Se basa fundamentalmente en el cuadro clínico y los antecedentes epidemiológicos (haber acudido a alguno de los sitios de riesgo), y los estudios de laboratorio revelan de manera poco consistente eosinofilia y niveles altos de IgE total.^{10,11}

La biopsia de piel no es necesaria aunque ofrece el diagnóstico definitivo, pero es difícil realizarla debido al movimiento errático de las larvas. Ésta muestra una dermatitis difusa con acantosis, focos de espongiosis con vesículas intraepidérmicas que contienen queratinocitos necróticos e infiltrado inflamatorio eosinofílico perivascular de la dermis superior y media.¹¹

El diagnóstico diferencial debe realizarse con erupciones por *Strongyloides stercoralis*, miasis, urticaria facticia, dermatitis de contacto, piodermias o dermatofitos.^{1,2}

Es una enfermedad autolimitada, el ser humano es huésped terminal, donde la larva no puede llegar a adulto, termina muriendo (20-80% de las larvas mueren en el transcurso de 2-8 semanas) y desapareciendo en 1 a 6 meses.^{2,11}

La infección bacteriana es frecuente, así como dermatitis por contacto por automedicación con remedios tópicos y en algunos casos puede producirse el síndrome de Loeffler.¹⁰

TRATAMIENTO

Puede ser tópico, como la crioterapia y el tiabendazol en crema al 2% o loción al 10-15%, tres aplicaciones/día/5 días, o sistémico con ivermectina VO 0.2 mg/kg/dosis única, tiabendazol 20-50 mg/kg/día por 2-4 días, o albendazol VO 400 mg/día/3-7 días (ocasionalmente debe prolongarse).^{9,11,12}

Para su prevención, se recomienda el uso de calzado que cubra todo el pie, evitar sentarse o acostarse sobre la arena cuando se visite países tropicales.³

Presentamos los casos de una familia de tres integrantes (abuela, abuelo y nieta) originarios y residentes de México D.F., los cuales cuentan con el antecedente de haber visitado la playa de Acapulco, del Pacífico mexicano, por un periodo de tres semanas, hasta cinco días previos a su consulta en este Centro Dermatológico.

CASO 1

Paciente masculino de 60 años de edad sin antecedentes clínicos de interés, que consultó por intenso prurito en la zona plantar del pie derecho, de seis días de evolución. Sin otra sintomatología. A la exploración física se encontró en arco plantar y zona de metatarso derecho una dermatosis constituida por trayectos lineales serpiginosos, eritematosos, elevados (**Figuras 1 y 2**). Exámenes complementarios: hemograma, función hepática y radiografía de tórax, sin alteraciones.



Figura 1.

Caso 1. Arco plantar y zona de metatarso derecho con trayectos serpiginosos, eritematosos, elevados.



Figura 2. Caso 1. A mayor aumento.

CASO 2

Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, ama de casa, acudió con dermatosis diseminada a extremidades inferiores a nivel de planta y dorso de pies, constituida por múltiples trayectos lineales, serpiginosos, muy pruriginosos, algunos con presencia de vesícula en un extremo. Importante descamación (Figuras 3 a 5). El cuadro inicia tres semanas previas con la presencia de eritema lineal y prurito. Exámenes complementarios: hemograma con ligera eosinofilia, resto sin alteraciones.



Figura 3. Caso 2. Se aprecian trayectos levantados, con vesículas y eritema.



Figura 4. Caso 2. Cara dorsal de la misma paciente con múltiples trayectos serpinginosos.



Figura 5. Caso 2. Trayectos serpinginosos levantados, con vesícula en extremo de trayecto.



Figura 6. Caso 3. Dorsos de ambos pies, con trayectos lineales, serpiginosos, eritematosos, ligeramente elevados con presencia de vesículas y múltiples exulceraciones.



Figura 7. Caso 3. Caras plantares del mismo paciente donde se observan las mismas características.

CASO 3

Escolar de sexo femenino de seis años de edad. Presenta dermatosis diseminada a extremidades inferiores a nivel de dorso y plantas de ambos pies, constituida por trayectos lineales, serpiginosos, eritematosos, elevados, así como vesículas y múltiples exulceraciones (**Figuras 6 y 7**). Exámenes complementarios sin alteraciones.

A los tres casos se les indicó tratamiento con ivermectina 6 mg (dosis única) y antihistamínico, así como una explicación amplia de su padecimiento. Presentaron evolución favorable, ya que desaparecieron progresi-

vamente las lesiones, acudiendo a cita de control con manchas residuales.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de LMC es fundamentalmente clínico, basado en la evidencia de las lesiones cutáneas con típicos trayectos serpiginosos y muy pruriginosos, como observamos en nuestros tres casos. En ninguno se realizó toma de biopsia, ya que ésta es complicada y con frecuencia el parásito se localiza más allá de las lesiones visibles. Las pruebas hematológicas pueden en algunas ocasiones revelar eosinofilia o discreto incremento de la IgE; de los tres casos solo uno reveló discreta eosinofilia, el resto contaba con hematología en parámetros normales. Una anamnesis orientada a preguntar al paciente sobre viajes recientes a países tropicales nos ayudará en el diagnóstico.

Aunque normalmente la larva desaparece por sí sola en uno a seis meses, el intenso prurito y la sensación desagradable que tiene el paciente de la larva arrastrándose a través de la piel, nos obligó a prescribir ivermectina, con lo que se obtuvo una muy buena respuesta.

Es importante implementar acciones de prevención, como desparasitar a los animales susceptibles, informar a la población en riesgo, recomendar utilizar un calzado adecuado para evitar el contacto directo con la larva en arena contaminada.

Por ser una enfermedad poco habitual en nuestro medio, no debemos perder la capacidad de sospecha y debe estar presente en los diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis*. 2000; 30: 811-814.
2. Varela CCS y cols. Larva migrans cutánea: diagnóstico y tratamiento en atención primaria. *Medifam*. 2002; 12(10): 655-657.
3. Veraldi S, Schianchi R, Carrera C. Epiluminiscence microscopy in cutaneous larva migrans. *Acta Derm Venereol*. 2000; 80(3): 233.
4. Canizares O, Harman RRM. Helminthic disease I. Nematodes cutaneous manifestations of intestinal parasites. In: *Clinical tropical dermatology*. 2nd ed. Cambridge MA: Blackwell Scientific;M 1992: 332-334.
5. Paulizzi P, Rizzi MG, Mattighello P. Larva migrans: report of three cases. Therapeutic advice. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 1996; 6: 89-91.
6. Herbringer KH, Drerup L, Alberer. Spectrum of imported infectious diseases among children and adolescents returning from the tropics and subtropics. *Journal of Travel Medicine*. 2012; 19: 150-157.
7. Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimazava P, Ruggeri C et al. Cutaneous larva migrans in travelers; a prospective

- study, with assessment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis*. 2000; 31: 493-8.
8. Joo Y, Robert A. Migrating hair: a case confused with cutaneous larva migrans. *Pediatric Dermatology*. 2010; 27: 628-630.
 9. 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.
 10. Guill MA, Odon RB. Larva migrans complicated by Löeffler's syndrome. *Arch Dermatol*. 1978; 114: 1525-1526.
 11. Rothenberg ME. Eosinophilia. *N Engl J Med*. 1998; 338: 1592.
 12. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis*. 2000; 30: 811-814.

Correspondencia:

Dra. Virginia Martínez Estrada
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: viky_martinez@hotmail.com