

Larva *migrans* cutánea en región abdominal: reporte de un caso que se presentó clínicamente como una dermatitis por contacto

Zúñiga Carrasco Iván Renato*,
Caro Lozano Janet**.

Abdominal cutaneous larva *migrans*.
A case report

Fecha de aceptación: mayo 2011

Resumen

La infección por larva *migrans* cutánea (LMC) es una erupción dérmica autolimitada, frecuentemente causada por larvas de la uncinaria de perros y gatos. Ha sido mal diagnosticada e inapropiadamente tratada, imitando a enfermedades dermatológicas. Los humanos se infectan al caminar descalzos o al recostarse en la arena sombreada de las playas o sótanos. La línea serpiginosa señala el paso clásico de las larvas, y siempre que exista el antecedente de exposición puede integrarse el diagnóstico. Se describe un caso clínico manejado como dermatitis.

Palabras clave: larva *migrans* cutánea, prurito, ivermectina.

Abstract

Cutaneous larva *migrans* (CLM) infection is a ubiquitous self-limited skin eruption, most frequently caused by the larva of dog and cat hookworms. CLM has been frequently misdiagnosed, and/or treated inappropriately, and mimics dermatologic diseases. The infection is acquired by humans when they walk barefoot or lie on sandy or shady areas, particularly around beaches and basements. The lesions of cutaneous larva *migrans* are classic, there may be single or multiple serpiginous tracks. Diagnosis can be made when a supportive history of possible exposure exists.

Keywords: Cutaneous larva *migrans*, itching, ivermectina.

Introducción

La larva *migrans* cutánea (LMC) es un síndrome causado por la presencia y subsecuente migración de larvas de nematodos de diferentes animales en capas superficiales y/o profundas de la piel. Constituye una de las dermatosis zoonóticas más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales. Los principales agentes etiológicos son *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliense*: el primero, un nematodo de cánidos, y el segundo, de cánidos y félidos. Con menor frecuencia se ha identificado a: *Ancylostoma tubaeforme*, *Uncinaria stenocephala*, *Uncinaria ceylanicum*, *Bunostomum phlebotomum*, *Baylisascaris procyonis*. Varios autores sugieren utilizar el término de síndrome de LMC asociado a uncinarias de animales, para evitar confusiones

con las diversas patologías que dan lugar a un cuadro de larva migratoria.

Las zonas tropicales y subtropicales satisfacen las exigencias del parásito. Los microhábitats apropiados se encuentran en zonas costeras con presencia habitual de perros, lo que ocasiona que los turistas estén en riesgo de adquirir la enfermedad al asolearse en las playas. Asimismo, se considera en riesgo a los niños, debido a sus hábitos de juego. Los pacientes suelen ser bañistas, pero también pueden ser jardineros, granjeros, cazadores, o personas que instalan tuberías de agua, etcétera.

Los pacientes se quejan de prurito intenso, que suele ser causa de insomnio y rascado violento, algunas veces

*Jefe del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité de Infecciones Nosocomiales del H.G.Z. C/M.F. 4 IMSS Cd. del Carmen, Campeche.

**Jefa del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité de Infecciones Nosocomiales del H.G.Z. C/M.F. 35 IMSS Cosama-

loapan, Veracruz.

Correspondencia: Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco
Departamento de Epidemiología. HGZ con M.F. 4 IMSS Cd. del Carmen, Campeche.

Dirección electrónica: ivan.zuniga@imss.gob.mx

con sensación de quemazón. Puede haber complicaciones infectivas o alérgicas. A veces puede coexistir con el síndrome de Loeffler. Se presenta en cualquier raza, edad y sexo, y su distribución es mundial, pero predomina en suelos arenosos de zonas tropicales. En México, los estados más afectados son: las costas de Tamaulipas, Veracruz, Tabasco y Guerrero. Se han descrito características climatológicas apropiadas para la presentación de casos de migración larvaria cutánea, como temperatura alrededor de 29° C, humedad por encima de 87%, y épocas lluviosas.

Los cánidos infectados expelen con la materia fecal alrededor de 20 000 huevos/día, los cuales embrionan en condiciones favorables (temperaturas mayores a 25° C, humedad suficiente, suelos arcillosos o arenosos y sombreados). La eclosión puede ocurrir al cabo de 48 horas, dando lugar a larvas de estadios 1, 2 y 3. Miden cerca de 1 cm de longitud, habitan como adultos en el intestino delgado de felinos y canes, donde producen huevos que salen con la materia fecal. Al ser expulsados, los huevos dan lugar a larvas que permanecen en la arena hasta alcanzar su estado L3 filariforme o infectante tanto para el perro como para el humano, que es un hospedero accidental. La infección se adquiere por el contacto de la piel con suelos contaminados con materia fecal de perros infectados. Las larvas penetran activamente por la piel, aun sin solución de continuidad, glándulas sudoríparas, folículos pilosos, y rara vez mucosas. Las zonas corporales más afectadas son: pies, manos, glúteos, muslos y piernas.

Horas después de la penetración, aparece una lesión cutánea moderadamente inflamatoria, sinuosa, generalmente elevada y eritematosa. Varía de coloración, desde rosa a rojo oscuro, de 2-3 mm de grosor, con un contenido seroso, y puede ir acompañada de nódulos o ampollas. A veces, el aspecto clínico se presenta solo por foliculitis. Desencadena una reacción inflamatoria por la producción de enzimas proteolíticas. La incubación dura días, semanas o meses, pero generalmente entre 1 y 6 días. El hallazgo de las larvas es difícil por su pequeño tamaño, y la identificación de la especie a que pertenecen es más complicada.¹

En el transcurso de semanas, y a una distancia aproximada de 2-3 cm de la primera lesión, la migración de las larvas da lugar a trayectos levantados, sinuosos, únicos o múltiples, según el número de parásitos, con pápulas, vesículas, descamación y eritema (signo de la dermatitis verminosa reptante). Por lo general, estos trayectos avanzan unos cuantos mm/día. La lesión es progresiva y causa un prurito muy importante (primera causa de consulta). El cuadro se resuelve en unas semanas (20-80% de las larvas muere en el transcurso de 2 a 8 semanas), pero puede prolongarse durante meses. La LMC puede tomar la forma de una foliculitis papular eosinofílica, de curso crónico, cuando una gran cantidad de larvas penetran los folículos pilosos. Esta dermatosis también ha sido llamada eritema reptante o dermatosis verminosa serpiginosa.^{2,3,4,5}

La LMC se trata con tiabendazol, a dosis de 50 mg/kg/día divididas durante 3 días, con curación hasta de 99%. El uso de albendazol a dosis de 400 a 800 mg/día por 3-5 días ha dado resultados similares. El tratamiento con ivermectina 150-200 mg/kg dosis única, reporta alta efectividad, remitiendo el prurito y la progresión del trayecto a las

48 horas, capaz de erradicar el parásito, originando efectos secundarios mínimos o sin ellos.⁶

Descripción del caso

Paciente de 28 años de edad y género masculino, originario de Ciudad del Carmen, Campeche. Inicia su padecimiento el 27 de septiembre de 2010, con prurito moderado 45 minutos después de haber cargado unos costales de arena. Ésta proviene de bancos de arena utiliza para la construcción. Ese mismo día acude al servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 4, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad del Carmen. El médico de guardia solamente le prescribe clorfenamina 4 mg cada 6 horas. Al día siguiente debe acudir con su médico familiar para continuar su tratamiento diagnosticando alergia. A la exploración física se encuentra: peso 60 kg, talla 160 cm, FC 99/min, FR 12/min, temperatura 36.5°C, TA 120/80 mmHg, presenta ronchas localizadas en el área abdominal de manera aislada en ambos antebrazos y brazos (fotografías 1 y 2).

El día 28 de septiembre de 2010, el médico suspende la clorfenamina y prescribe loratadina 10 mg cada 8 horas por cinco días, diagnosticando dermatitis por contacto. A pesar del medicamento, persiste el prurito, mismo que se vuelve cada vez más intenso.

El día 29 de septiembre de 2010, acude nuevamente al servicio de urgencias en el turno vespertino con persistencia del prurito. Las ronchas comienzan a estar más eritematosas y con discreta secreción de la misma lesión. El médico en turno diagnostica urticaria no inmunológica, por lo cual prescribe difenhidramina 10 mg/kg. Prescribe, de manera ambulatoria, baño coloidal y cetirizina 10 mg un cada 24 horas.

El 31 de septiembre de 2010, acude otra vez al servicio de urgencia en el turno nocturno por ser cada vez más persistente el prurito. Las lesiones dérmicas continúan en las áreas antes descritas, el médico en turno ordena biometría hemática, misma que reporta: Hb 14.20 mg/dl, Hto 39.7%, leucocitos 9 200 mm³, neutrófilos 80%, linfocitos 21%, plaquetas 140 000 mm³. Se administra hidrocortisona 100 mg dosis única, prescribe de manera tópica, diagnosticando dermatitis atópica.

El día 3 de octubre de 2010, acude con médico particular el cual prescribe miconazol de manera tópica y jarabe de difenhidramina 250 mg/100 ml 10 ml cada ocho horas por 5 días, con diagnóstico de *sarcoptes scabiei*.

Finalmente, el 4 de octubre de 2010 acude al Departamento de Epidemiología. A la exploración se encuentran pápulas edematosas dérmicas, eritematosas, con apariencia de pústula; hay datos de rascado, llama la atención en dos lesiones de antebrazo derecho y abdomen la presencia de lesiones lineares que comunican de una roncha a otra; se interroga al paciente la procedencia de la arena. Ésta provenía de áreas costeras donde hay presencia ocasional de seres humanos y animales domésticos, y fue depositada en un terreno donde concurrían gatos, pero sobre todo perros, los cuales tenían a sus crías en agujeros que hacían en los montículos de arena. El paciente refirió no padecer

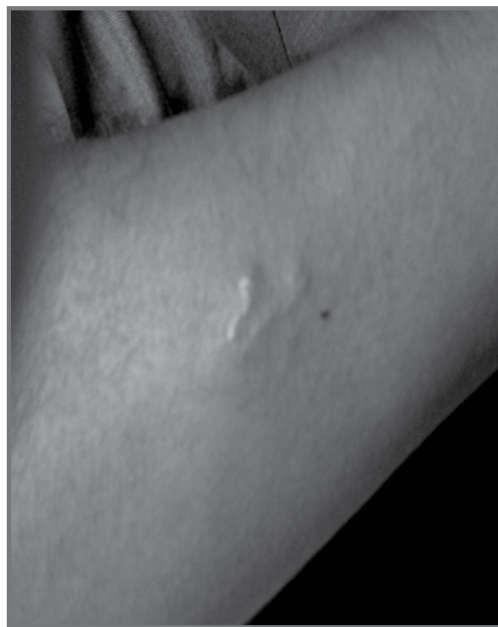
ningún tipo de alergia, no tuvo contacto con plantas urticantes, solo cargó bultos de arena. Por último, se diagnostica larva *migrans* cutánea. Se prescribe ivermectina 6 mg/peso cada 12 horas, por nueve días, para dar un total de 100 mg/kg; de manera tópica se prescribe solución de calamina 8mg + alcanfor 0.10g. El paciente acude al día siguiente a Epidemiología para valoración y comenta que el prurito disminuyó considerablemente tres horas después de haber

ingerido la ivermectina. El paciente refirió que, a los cuatro días, una de las lesiones dérmicas se abrió debido a un movimiento brusco, liberando a un gusano de aproximadamente 1mm de diámetro el cual estaba inerte. El día 13 de octubre de 2010 acude una vez más a valoración a Epidemiología. A la exploración se observan lesiones dérmicas que involucionan sin dejar datos de máculas ni cicatrices (fotografías 3 y 4).

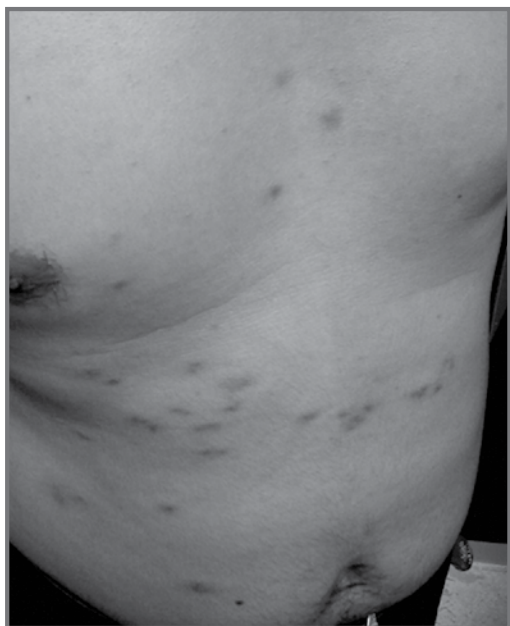
Fotografía 1



Fotografía 2



Fotografía 3



Fotografía 4



Discusión

La larva *migrans* cutánea de aparición súbita en áreas del tronco o en las extremidades superiores llega a ser difícil de diagnosticar en un inicio, ya que puede simular una intoxicación alimentaria o por contacto. Los médicos que atendieron por una semana al paciente diagnosticaron, desde una alergia hasta una dermatitis atópica, pero nunca sospecharon de larva *migrans*. Lo anterior se explica porque el padecimiento que causa este parásito es en extremidades inferiores y va definiéndose la enfermedad a los cuantos días. Pudo sospecharse como *sarcoptes scabiei*, pues dicho padecimiento es común en áreas de playa concurridas tanto por humanos como por animales domésticos, principalmente perros, pero el periodo de incubación es de días y no horas como con la larva *migrans*. Podría haberse sospechado tungiasis, dado que el vector está presente en las costas del Golfo de México, principalmente en los bancos de arena y las regiones donde el

suelo es predominantemente arenoso. Ante la sospecha de parasitosis es importante prescribir ivermectina 6 mg/kg, la cual causaría mejoría a las pocas horas de la ingesta.

Conclusiones

Es de vital importancia que el médico de primer contacto explique al paciente que, si el prurito persiste a pesar de los antihistamínicos orales o parenterales, deberá acudir al día siguiente a la consulta, sospechando dos aspectos clínico-epidemiológicos importantes:

- a. Contacto con arena almacenada en lugares donde merodean caninos y felinos domésticos.
- b. Exacerbación del prurito a pesar de la multifarmacia.

Referencias

1. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. "Tratamiento de la larva *migrans* cutánea (erupción serpiginosa): comparación entre albendazol y el tratamiento tradicional". *Farmacología y terapéutica* 2001; 4(4): 236-240.
2. Larva *migrans* cutánea. Dra. Teresa Uribarren Berrueta. Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/nematodos/larva_migrans_cutanea.php.
3. Rodríguez AM, Gutiérrez BR, Acosta M, Ramos GA. "Larva *migrans*. Reporte de dos casos". *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10 (1): 31-35.
4. Carrada BT. "Larva *migrans* cutánea: revisión del tema y descripción de cuatro casos". *Med Int Mex* 2006; 22: 143-148.
5. Varela CM, Martín P. "Larva *migrans* cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria". *Medifam* 2002; 12 (10): 655-657.
6. Halabe ChJ, Nellen HH, Jaime GI, Lifshitz GA, Morales CR, Gallegos HV, Malagon RJ. "Eritema migratorio como presentación clínica de larva *migrans* cutánea en la Ciudad de México". *Gac Méd Méx* 1999; 135 (3): 235-238.