

Erupción serpentina en pie

Inés López Fernández¹, Ana Isabel Bouzo Gómez²

¹Médica adjunta al Servicio de Urgencias del Hospital Xeral de Vigo

²Médica adjunta al Servicio de Urgencias del Hospital Xeral de Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Pág. 131-131

PALABRAS CLAVE

Cutaneous larva migrans, serpiginous eruption, traveling.

INTRODUCCIÓN

Varón de 32 años acude a Urgencias por prurito intenso y dolor en dorso del pie derecho de 2 días de evolución. No traumatismo previo. Había regresado de un viaje a Brasil 5 días antes.

En la exploración física destacaba la presencia de una erupción eritematosa y serpentina que abarca desde la raíz de 4º y 5º dedos hasta 1/3 distal del pie derecho, acompañada de lesiones de rascado (figura 1).

Las pruebas diagnósticas solicitadas (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y Rx tórax) no mostraban alteraciones agudas de interés.



FIGURA 1

PREGUNTA

Ante los síntomas y signos clínicos que presenta este paciente y los hallazgos de la fotografía de la fig. 1 la sospecha diagnóstica es:

1. Dermatitis alérgica de contacto
2. Pioderma
3. Larva Migrans Cutanea
4. Pie de atleta
5. Urticaria facticia

Correspondencia

Inés López Fernández
Servicio de Urgencias Hospital Xeral Vigo. C/ Pizarro, 22. CP: 36203 Vigo
Correo electrónico: ineslofer@hotmail.com

SÍNTOMAS

Desde asintomático a gonalgia inespecífica, aunque lo más común es la presencia de una masa palpable en la parte medial del hueso poplíteo, sin dolor espontáneo ni provocado y de tamaño fluctuante.

Normalmente son visibles desde atrás en la posición de pie como un bulto en la cara posterior de la rodilla, más evidente si se compara con la rodilla no afectada. Los síntomas aumentan en ortostatismo, durante la marcha y con la inflamación de la articulación.

DIAGNÓSTICO

Se diagnostica por la historia clínica y exploración.

Las radiografías no mostrarán el quiste pero pueden aparecer otros problemas causantes del mismo.

Se confirma su presencia y extensión mediante pruebas de imagen como: ecografía, artrografía con contraste o Resonancia Magnética nuclear (R.M.N.).

El método ecográfico es una técnica no invasiva que brinda de forma sencilla, rápida y a bajo costo, gran ayuda al diagnóstico y al diagnóstico diferencial.

Para diagnosticar ecográficamente un quiste de Baker con certeza basta con identificar el canal de comunicación con el espacio articular, adyacente al cóndilo femoral medial, que es patognomónico, aunque no siempre se ve.

Otros diagnósticos diferenciales comprenden el ganglión quístico, el quiste meniscal, otras masas quísticas varias como: hematomas, abscesos y linfagiomias, el aneurisma de la arteria poplíteo, las venas trombosadas y los tumores de origen nervioso.

COMPLICACIONES

Dissección

Extendiéndose superficial y próximamente entre el gemelo interno y la fascia superficial, llegando incluso hasta el tobillo. En estos casos pueden comprimir venas, arterias y troncos nerviosos, y simular TVP o isquemia, o aparecer síntomas y signos neurológicos como parte de un síndrome compresivo del compartimiento posterior y, más raramente, del compartimiento anterior.

Ruptura

Cuando se rompe hay pérdida de líquido en la grasa y músculo vecino. El quiste roto deja espontáneamente de drenar líquido en uno o dos días. Pueden romperse, con derrame del líquido sinovial hacia el tobillo, lo que produce una tumefacción indolora del mismo o hinchazón de toda la pierna, que puede confundirse con una tromboflebitis.

TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos el tratamiento es médico, tratando la enfermedad articular de base, y el reposo con pierna elevada y la compresión suave; Normalmente se resuelve vaciando la articulación de la rodilla mediante punción e inyectando corticoides para evitar su reproducción. El tratamiento quirúrgico, raras veces necesario, puede consistir simplemente en la aspiración del contenido del quiste si produce mucho dolor y efectos compresivos por gran distensión. Finalmente, puede ser necesaria la escisión del quiste por cirugía convencional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nomura A, Fujita Y, Haji Y, Yamaguchi M, Tomino T, Watanabe T. Clinical images: Baker's cyst in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2011 Mar; 63(3):774. doi: 10.1002/art.30088.
2. Manzini JL, Rodríguez MJ, Machuca J. Quistes de Baker, su importancia en Medicina Interna. *Revista del Hospital Privado de Comunidad.* Volumen 5, número 2, agosto-diciembre 2002.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ERUPCIÓN SERPENTIFORME EN PIE

DIAGNÓSTICO

La respuesta es la 3. El diagnóstico es larva migrans cutánea.

EXPLICACIÓN FINAL

La larva migrans cutánea (LMC) es una enfermedad caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas¹, causada por la presencia en la piel de determinados nematodos que parasitan el intestino de animales.

Es endémica de zonas cálidas, húmedas y tropicales. Aumenta cada vez más en otras zonas por viajes a lugares exóticos siendo la dermatosis más frecuente en los viajeros que regresan de una zona tropical.

Los parásitos que causan la enfermedad más frecuentemente son *Ancylostoma braziliensis*, *A. ceylanicum*, *A. caninum* y *Uncinaria Stenocephala*².

Los huéspedes habituales son perros, gatos y animales salvajes². Los huevos de los nematodos son excretados con las heces y se

desarrollan en larvas cuando el calor y el grado de humedad son apropiados. Éstas permanecen en el suelo hasta que se ponen en contacto con la piel humana, en la que penetran con facilidad³ y se mantienen en capas superficiales sin sufrir transformaciones, ya que el hombre no es su huésped natural, aunque excepcionalmente puede hacerlo dando lugar a un cuadro de larva migrans visceral².

Las zonas del cuerpo más frecuentemente afectadas son las que se ponen en contacto con el suelo: pies, nalgas y tronco³.

A las 24-48 horas de penetrar la larva en la piel aparece en esa zona una pápula eritematosa y pruriginosa. Unos 4 días después, comienza a avanzar desplazándose a razón de 2-5 cm/día, sobre todo por la noche, produciendo un túnel serpinginoso de pocos milímetros de ancho³. La parte más antigua del túnel se vuelve descamativa, dejando cambios discrómicos transitorios tras la curación². En ocasiones, las lesiones son vesiculoampollosas.

La LMC se ha relacionado con el síndrome de Löeffler (eosinofilia pulmonar transitoria), considerándose una manifestación infrecuente de la enfermedad⁴.

Los pacientes se quejan de prurito intenso que es causa de insomnio y rascado violento, algunas veces con sensación de quemazón³.

La evolución es generalmente benigna y autolimitada por la muerte de la larva en 1-3 meses.

El diagnóstico es clínico y se basa en el interrogatorio y en la exploración de las lesiones. Se sospecha por eosinofilia sanguínea y se confirma por la presencia de larvas en las heces.

Las biopsias cutáneas no son útiles, ya que las larvas suelen estar más allá del extremo visible de las lesiones.

Esta dermatosis requiere el diagnóstico diferencial con otras parasitosis como larva migrans visceral, erupciones por *Strongyloides stercoralis*, además de otras patologías como dermatitis alérgica de contacto, urticaria facticia y pioderma³.

TRATAMIENTO

Las medidas preventivas consisten en el uso de ropa y calzado que impidan el contacto con el suelo.

A pesar de ser una enfermedad autolimitada se trata a los pacientes por la importancia de los síntomas, existiendo un gran arsenal terapéutico que podemos emplear dependiendo del número de lesiones^{1,2}. Cuando hay pocas lesiones se puede utilizar enfriamiento local (nitrógeno líquido) aunque es poco probable que resuelva el problema debido a la dificultad para identificar la posición exacta del parásito, que por otra parte puede soportar bajas temperaturas. Otra opción, si las lesiones son poco numerosas, son el tratamiento tópico con tiabendazol, que requiere varias dosis a lo largo del día y a veces origina reacciones irritantes locales.

Cuando el número de lesiones es mayor se recomienda el tratamiento sistémico por vía oral. Los de mayor efectividad son albendazol 400mg/día de 3 a 5 días, así como ivermectina 200mg/Kg/día en dosis única^{3,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela Castro CS, Varela Cerdeira M, Pascual Martín ML. Larva mmigrans cutanea: diagnostico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. MEDIFAM 2002;12:655-7.
2. Puente Puente S, Bru Gorraiz F, Azuara Solís M, Colomo Gómez C, González Lahoz JM. Larva migrans cutanea:34 casos importados. Rev Clin Esp 2004;204(12):636-9.
3. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and tradicional therapy. International Journal of Dermatology 2001;40:67-71.
4. Kurgansky D, Burnett JW. Creeping erupcion. Cutis 1990;45:399-400.
5. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Inf Dis 2000;30:811-4.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN

DIAGNÓSTICO

Pericarditis por varicela zoster

La varicela es la forma habitual de presentación de la primoinfección por el virus varicela zoster, que afecta generalmente a niños y suele tener un curso benigno. La importancia clínica de la misma está condicionada por su alta contagiosidad (90% de los contactos familiares) y la aparición de complicaciones. En países desarrollados, menos del 5%