



Cad Aten Primaria
Ano 2008
Volume 15
Páx. 335-338

Larva migrans: a propósito de un caso

Ana Sampayo Montenegro

Médico de Atención Continuada SERGAS, PAC de Bertamiráns, Santiago de Compostela. España. ana.sampayo.montenegro@sergas.es

Manuel Barral Castro

Médico de Atención Primaria SERGAS, Centro de Salud de la Casa del Mar de A Coruña. España. manuel.barral.castro@sergas.es

SUMARIO

La larva migrans es una peculiar dermatosis producida por larvas de nematodos.

Una paciente (mujer de 28 años de edad) es diagnosticada de larva migrans un mes después de regresar de un viaje de 10 días de duración a un país tropical (Cuba). Las típicas lesiones lineales y serpiginosas, muy pruriginosas en un pié, conjuntamente con el antecedente del viaje y estancia en una playa, dieron el diagnóstico de sospecha.

Se realiza una revisión bibliográfica de su etiología, patogenia, diagnóstico, profilaxis y tratamiento.

Su diagnóstico eminentemente clínico y el presumible aumento de su incidencia en nuestro medio debido a la cada vez mayor frecuencia de viajes de ocio a zonas endémicas, hace que cobre más importancia su conocimiento desde atención primaria.

Palabras clave: larva migrans; nematodos; ancylostoma

INTRODUCCIÓN

La Larva Migrans cutánea, dermatitis verminosa reptante o también llamada por algunos autores erupción serpiginosa ("creeping eruption"), es una entidad clínica que forma parte del complejo síndrome de las larvas migratorias cutáneas y viscerales. Constituye una de las afectaciones cutáneas por parásitos más frecuentes en países con climas cálidos y húmedos (zonas endémicas) ubicados en áreas tropicales y subtropicales (principalmente en América Central, estados sureños de USA, y América del Sur)^{1-4,7}.

Podemos considerarla una patología emergente en nuestro medio; su frecuencia se ha ido incrementando en las consultas debido al apogeo y la alta incidencia de viajes de placer a dichas zonas endémicas y constituye la dermatosis por parásitos más frecuente entre los viajeros que visitan dichos países^{1,3,12,15}.

CASO CLÍNICO

Paciente, mujer de 28 años de edad.

Motivo de Consulta: prurito y lesión cutánea en pie.

Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas conocidas. Resto sin interés.

Enfermedad Actual: La paciente acude al punto de atención continuada porque desde hacía pocos días presentaba un intenso prurito, que empeoraba por la noche, en la planta de pie izquierdo. A dicho nivel apareció una lesión eritemato-papulosa, lineal que progresaba de forma continua.

La paciente no refiere ninguna otra sintomatología. Tampoco refiere contacto con posibles alérgenos o con animales, ni toma alguna de medicamentos.

Aproximadamente un mes antes a la aparición de la lesión la paciente viajó a Cuba.

Exploración Física: Lesión única, eritemato-papulosa, sobreelevada en forma de trayecto serpiginoso en cara plantar y lateral interna de pie izquierdo, de aproximadamente 11 cm de longitud (figuras 1, 2 y 3). Resto de la exploración sin alteraciones.

Impresión Diagnóstica: Por el cuadro clínico y dado el antecedente del viaje a zona tropical la impresión diagnóstica fue de Larva migrans.



FIGURA 1

Larva migrans



FIGURA 2

Larva migrans



FIGURA 3

Larva migrans

Se decide valoración por el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario del Juan Canalejo quién corrobora el diagnóstico y pauta el tratamiento que a continuación se detalla.

Tratamiento-Evolución:

- Eskazole® (albendazol) 400 mgs: 1 cp después de comida principal durante 15 días.
- Tiabendazol al 10% en vaselina filante, csp 50 gr: 1 aplicación en las lesiones al acostarse cubriéndolas con papel "film" de cocina.

Ante la aparición de nuevas lesiones, se repitió al cabo de un mes el tratamiento oral con albendazol durante 8 días, con remisión total de la sintomatología.

La infección se define como una erupción de la piel producida por la infestación de larvas de nematodos. Aunque generalmente se limita a piel, las larvas también pueden migrar a diversos tejidos corporales (músculo, tubo digestivo y otros órganos)^{1,2,4,7,15}.

El huésped natural de la larva no es el hombre sino diversos animales¹⁻³.

Son distintos tipos de parásitos los que pueden causar este cuadro:

Estrongiloides de perro y gato:

- *Ancylostoma Braziliense* (más frecuente)
- *Ancylostoma caninum*
- *Uncinaria Stenophala*
- *Gnastosoma Spirigerum*
- *Bunostomum Phebotomum* (en bóvidos)

Parásitos gasterophilus no zoonicos:

- *Gasterophilus*
- *Ancylostoma duodenale*
- *Necator Americanus*
- *Strongyloides stercoralis*

Los agentes etiológicos predominantes en el cuadro de larva migrans son anquilostomas de animales (perro y gato fundamentalmente): *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma. braziliense*^{1,2,4,6,7}.

La ancilostomiasis de perros y gatos domésticos y silvestres es una zoonosis de distribución endémica en algunas regiones tropicales y subtropicales con temperaturas en torno a los 29°C y una humedad ambiente por encima del 87%. (6,12)

Patogenia:

Los gusanos adultos viven en el intestino delgado de cánidos y félidos; a través de la defecación de los mismos se depositan los huevos (las hembras ovipositan de 10.000 a 20.000 huevos al día) en la tierra y arenas de zonas cálidas y sombrías donde son viables varias semanas. Cuando los huevos hacen eclosión, las larvas filariiformes pueden permanecer hasta seis meses casi a ras del suelo y constituyen las formas infectantes.

La penetración de las larvas en el hombre se produce a través de la piel, (aunque no se descarta la penetración de las a través de la vía oral), desde donde pueden migrar a distintas vísceras (pulmones y tracto digestivo). El hallazgo, reconocimiento y penetración de la larva en el huésped depende de múltiples señales ambientales y del propio huésped. Las larvas no maduran en el ser humano, éste es el huésped terminal^{4,7,8}.

Presentan un periodo de incubación variable. Los signos y síntomas pueden presentarse durante el transcurso de la primera semana o hasta 50 días después de la exposición. Se ha establecido que se produce una reacción inflamatoria mediada por eosinófilos en la que participan proteasas, hialuronidasas y factor inhibidor de la adhesión de neutrófilos, producidos por las larvas. Las lesiones son autolimitadas y la mayoría de las larvas mueren al cabo de 2 a 8 semanas^{7,15}.

Clínica:

Las larvas de los nematodos se depositan entre el estrato germinativo y el córneo de la piel, migran varios centímetros al día (de 2 a 5 cm) hasta alcanzar un recorrido entre 10 y 20 cm.

Producen una o varias lesiones sobreelevadas, eritematosas, que forman trayectos serpiginosos, eritematosos, indurados, en relieve, que contienen un líquido seroso. Pueden formarse vesículas y ampollas. Son muy pruriginosas, predominantemente por la noche, pudiendo llegar a interferir el sueño. El rascado favorece la aparición de costras y propicia la sobreinfección bacteriana^{1,4,7}.

Las sitios anatómicos más afectados son las zonas expuestas: pies, tobillos, piernas, nalgas, manos y hombros y también en el tórax¹⁶.

Si existiese afectación visceral encontraríamos hipereosinofilia, hepatomegalia y neumonitis. Se han descrito casos poco usuales de Síndrome de Löeffler (infiltrados eosinofílicos pulmonares), de foliulitis pustulosa y, con creciente frecuencia, de enteritis eosinofílica causada por *A. caninum*.

Aunque es más frecuente que el cuadro visceral sea causado por el *Toxocara canis* o el *Ascaris lumbricoides*, el *A. caninum* también produce afectación sistémica y de los músculos de la región^{8,10,14,12}.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la afectación cutánea es eminentemente clínico. Las lesiones cutáneas junto con el antecedente de contacto directo con suelos contaminados con excretas de perro o gato en sitios de recreo (playas, parques, cajas de arena) en zonas endémicas, orientan el diagnóstico.

La biopsia no estaría indicada por su escasa utilidad práctica; en la mayoría se encontrarían reacción inflamatoria con eosinófilos y en pocas ocasiones se podría ver la estructura del parásito causante. En sangre periférica eosinofilia e incremento de IgE leves (salvo si aparece Síndrome de Löeffler)¹⁶.

Diagnóstico diferencial:

Es necesario hacer diagnóstico diferencial con otras lesiones migratorias, el principal con larva *currens* producida por *Strongyloides Stercoralis*, y lesiones por otros parásitos¹⁶.

Otros diagnósticos diferenciales serían: dermatitis por fitoalérgicas de contacto, fitodermatitis, enfermedad de Lyme o eritema migratorio, picadura de medusa, impétigo ampolloso, dermatofitosis epidérmica, granuloma anular y sarna. (1,2,16)

Profilaxis y tratamiento:

En zonas endémicas es conveniente el tratamiento periódico de perros y gatos desde edades tempranas.

Como medida preventiva en atención primaria es imprescindible evitar el contacto con la arena o tierra contaminada, por lo que debemos recomendar a nuestros pacientes el uso de calzado adecuado para evitar el contacto con las larvas en las playas tropicales^{4,7,12}.

Aunque normalmente la larva desaparece por sí sola al cabo de 1 a 6 meses, el intenso prurito y la desagradable sensación que produce la larva moviéndose debajo de la piel, hacen que debamos tratarla.

El tratamiento antihelmíntico puede aplicarse de forma tópica o sistémica con los mismos principios activos. Los que han demostrado una mayor eficacia, por ambas vías son: Tiabendazol: 50 mg/Kg/día en 2 dosis VO. 2-5 días.

- Ivermectina: 200 mg/Kg en dosis única.VO.
- Albendazol: 400-800 mg/ día VO. (durante un periodo entre 2 y 7 días)

El tiabendazol tópico al 10% repetidamente a lo largo del día, podría ser utilizado en algunas lesiones no muy extendidas.

En lesiones rebeldes podría aplicarse crioterapia sobre las mismas en casos extremos^{5,8,9,11,13}.

DISCUSIÓN

Hemos relatado un caso de larva migrans cutánea con un cuadro clínico típico, tal y como se describe en la literatura: lesión eritemato-papulosa de forma lineal y trayecto serpintiforme en planta y cara interna del pie, de crecimiento progresivo, muy pruriginosa (sobre todo por la noche).

Esta clínica tan característica de la enfermedad, unido al dato recogido en la anamnesis de viaje reciente a Cuba (un mes antes del inicio de los síntomas) y de caminar descalzo por una playa, nos da el diagnóstico de sospecha.

Los agentes etiológicos predominantes en el cuadro de larva migrans son anquilostomas de animales: *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma. Braziliense*

La anquilostomiasis de perros y gatos domésticos y silvestres es una zoonosis de distribución endémica en regiones tropicales y subtropicales, y sus heces contaminan suelos arenosos cálidos y húmedos.

Las patologías exóticas de tipo infeccioso y parasitario son cada vez más prevalentes en nuestro medio debido a los movimientos migratorios y a los viajes de turismo a zonas tropicales, y la larva migrans cutánea constituye una de las patologías emergentes.

A pesar de tratarse de una enfermedad poco habitual en nuestro entorno, ante la presencia de lesiones cutáneas típicas debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial en Atención Primaria e interrogar por antecedentes de viajes a zonas exóticas.

La recomendación de utilizar calzado adecuado en las playas tropicales para evitar el contacto con las larvas depositadas en la arena,

constituye una importante herramienta para la prevención desde Atención Primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreras Valentí P., Rozman C. "Larva migrans cutánea" en: Medicina interna. 15ª ed. España: Elsevier, 2005. Vol II: 2455
2. Harrison, Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. "Larva migrans cutánea" en Principios de medicina interna. 15ª ed. España: McGraw-Hill Interamericana, 2004. Vol II: 1452
3. PIEDROLA GIL, G. – Medicina preventiva y salud pública. 2002
4. C.S. VARELA CASTRO; Mª. VARELA CERDEIRA; M.L. PASCUAL MARTIN.- Larva migrans cutanea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. Med. Fam. 12: 655-657, 2002
5. J.LUIS PEREZ-ARELLANO; MICHELE HERNANDEZ-CARRERA; ELENA PISOS-ALAMO; CRISTINA CARRANZA-RDEZ.; MARTIN CASTILLO DE VERA; PILAR APARCICIO-AZCÁRRAGA. – Tratamiento de las enfermedades parasitarias (II): Helminthosis y ectoparasitosis. I.T. del Sistema Nacional de Salud, 31: 55-64, 2007
6. TAE-HEUNG KIM; BYEUNG-SONG LEE; WOON-MOK SOHN. – Three clinical cases of cutaneous larva migrans. Korean J. Parasitol. 44: 145-149
7. PAULO EDUARDO NEVES FERREIRA VELHO; ANDREIA VASCONCELLOS FARIA; MARIA LETÍCIA CINTRA; ELEMIR MACEDO DE SOUZA; APARECIDA MACHADO DE MORAES. – Larva migrans: a case report e review. Rev. Inst. Med. Trop. S.Paulo, 45: 2003
8. CAUMES E, L y F; BRICAIRE F. – Cutaneous larva migrans with folliculitis: report of seven cases and review of the literature. Br. J. Dermatol. 146(2): 314-316, 2002
9. CAUMES, E.; CARRIERE, J.; DATRY, A. et al. – A randomized trial of ivermectin versus albendazol for the treatment of cutaneous larva migrans. Amer. J. trop. Med. Hyg., 49: 641-644, 1993
10. MILLER, A.C; WALKER, J.; JAWORSKI, R.; LAUNEY, W. & PAVER, R.- Hookworm folliculitis. Arch. Derm., 127: 547-549, 1991
11. GIANCARLO ALBANESDE, MD; CATERINA VENTURI, MD. –Albendazole: a new drug for human parasitoses. Dermatol. Clin: (2003): 283-290, 2003.
12. CAUMES, E.; CARRIERE, J.; GUERMONPREZ, G. et al. – Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical diseases unit. Clin. Infect. Dis., 20: 542-548, 1995.
13. CAUMES, E. & GENTILINI, M. –Traitement de la larva migrans cutanée ankylostomienne. Ann. Derm. Venerol., 120: 571-573, 1993
14. GUIMARÃES, L.C.; SILVA, J.H.; SAAD, K.; LOPES, E.R. & MENESES, A.C.O. –Larva migrans within scalp sebaceous gland. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 32: 187-189, 1999
15. HOLTEZ, P.J.; NARASHIMAN, S.; HAGGERTY, J. et al. – Hyaluronidase from infective Ancylostoma hookworm larvae and its possible function as virulence factor in tissue invasion and in cutaneous larva migrans. Infect. Immun., 60: 1018-1023, 1992
16. Wolf K, Allen Johnson R. "Larva migratoria" en: Fitzpatrick. Atlas en color y synopsis de dermatología clínica. 5ª ed. España: McGraw-Hill Interamericana, 2005:862-864.