

Viñeta clínica: Larva migrans cutánea: reporte de un caso

Cutaneous larva migrans: a case report

Andrés Tomasone†

Resumen

Se denomina Larva Migrans cutánea a una erupción dérmica, lineal y serpinginosa producida por larvas de gusanos nematelmintos o menos frecuentemente de moscas *Guastoma* sp. A través de una viñeta clínica, el autor de este artículo repasa las características salientes de esta entidad y las estrategias de abordaje de estos pacientes.

Abstract

Cutaneous larva migrans is a dermal linear and "snake" form eruption caused by larvae of roundworms or less frequently *Guastoma* sp fly. Through a clinical vignette, the author of this article reviews the salient features of this entity and the strategies for management of these patients.

Palabras clave: parasitosis, larva migrans, piel, tratamiento. **Key words:** parasites, larva migrans, skin, treatment.

Tomasone A. Reporte de un caso de larva migrans cutánea. *Evid Act Pract Ambul.* 2014;17(3).Jul-Sep. 89-90.

Descripción del caso

Mujer de 46 años, que consultó por dos lesiones pruriginosas en la planta del pie derecho sin otros síntomas asociados. Una de ellas impresionaba una herida punzante, con bordes netos y un pequeño hematoma excoriado. La otra lesión era ligeramente descamativa y con un trazo lineal pequeño de 1,8 mm, de color rojo-violáceo.

Si bien el aspecto de las lesiones hizo pensar al profesional actuante en algún tipo de dermatitis, dado que la paciente había estado de vacaciones en la costa del Norte de Brasil, surgió el diagnóstico presuntivo de Larva migrans cutánea.

Dada la fuerte presunción diagnóstica el profesional indicó un tratamiento empírico con tiabendazol y tratamiento sistémico con ivermectina. A las dos semanas la paciente había presentado una buena evolución y su lesión ya no tenía signos de actividad inflamatoria.

Larva migrans

Introducción

El primer reporte de esta entidad fue hecho por Wiliam Hope en 1874, quien la denominó dermatitis verminosa reptante y la describió como una erupción dérmica de carácter lineal y serpinginoso producida por una fase infecciosa de las larvas de gusanos nematelmintos¹.

Epidemiología

Esta parasitosis es endémica en zonas tropicales y subtropicales y si bien el agente etiológico más frecuentemente encontrado es el *Ancylostoma* *Brasiliensi*, otros nematelmintos o larvas de moscas también han sido implicados¹. Se han encontrado infestaciones por *Ancylostoma* *Caninum*, *Strongiloides* *Stercoralis* y por la larva de mosca *Guastoma* sp, que se adquiere al comer ceviche crudo de pescado de agua dulce². En Argentina han sido descritos casos en la Mesopotamia, en la Costa Atlántica y en el Río de la Plata.

Fisiopatogenia, manifestaciones clínicas y evolución

El gusano adulto vive en el intestino de perros, gatos y felinos salvajes que eliminan en sus excretas los huevos embrionados que maduran a larvas infecciosas de la tercera fase en terrenos húmedos (playas, jardines y areneros). Cuando están en un hábitat propicio para su desarrollo, los huevos se convierten en

larvas infestantes, que al contacto con la piel (en general la de los pies) se alojan en ella, produciendo primero una lesión papuloeritematosa y luego, la clásica lesión serpinginosa que avanza dos a tres centímetros por día³.

Este síndrome se predomina en personas que deambulan descalzas por sitios infestados o se recuestan sin ropa en la playa o pisos infestados (generalmente niños). También ha sido reportada como una dermatosis ocupacional en plomeros y mecánicos que suelen trabajar en edificios y galerías subterráneas y/o en otras actividades que facilitan el contacto de la piel con el suelo.

Otras formas clínicas descritas son los nódulos subcutáneos y las lesiones serpinginantes en infestaciones por *Echinococcus* *Granulosus*, *Dermatobia* *Hominis* y *Lucilla* *Caesar* (éstas últimas son productoras de miasis).

Es una enfermedad autolimitada, el ser humano es huésped terminal, donde la larva no puede llegar a adulto y termina muriendo, desapareciendo en uno a seis meses².

El diagnóstico es eminentemente clínico y la manifestación de laboratorio más frecuente es la eosinofilia, que puede llegar a expresarse como un síndrome de Loeffler con compromiso pulmonar (visible en la radiografía de torax) en personas previamente sensibilizadas².

Abordaje diagnóstico y terapéutico

El diagnóstico se sustenta en el antecedente de la exposición y las características de las lesiones cutáneas². Ante la sospecha clínica se sugiere estar atento al desarrollo de síntomas respiratorios y solicitar un hemograma con el objetivo de monitorear el recuento de eosinófilos, con eventual control pulmonar con radiografía de torax ante la sospecha de que el paciente esté desarrollando un síndrome de Loeffler⁶. Algunos autores proponen su caracterización a través de anticuerpos IgE específico realizados por la técnica de ELISA¹.

Si bien se trata de una entidad que termina resolviéndose espontáneamente, se suele indicar tratamiento con el objetivo de acortar el período sintomático debido a que el prurito suele ser muy molesto y persistente y a que puede desarrollarse sobreinfección agregada.

El objetivo del tratamiento farmacológico es acortar la evolución natural de la parasitosis y garantizar la curación del enfermo⁴.

§ Existen reportes de pacientes que sólo han presentado lesiones compatibles con foliculitis.

† Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. andres.tomasone@hiba.org.ar



El tratamiento tópico está indicado cuando hay una única lesión o bien pocas lesiones en un espacio reducido. Se utiliza un ungüento con tiabendazol al 10% con el que se logra una curación en cuatro semanas en el 99% de los casos².

Para el tratamiento sistémico el fármaco de elección es la ivermectina en una única dosis de 12 mg por vía oral, que actúa en forma larvicida con una baja toxicidad y con una eficacia superior al 90%.

Existen reportes de resultados variables respecto del tratamiento con crioterapia con nitrógeno líquido, nieve carbónica o cloruro de etilo².

Otra opción de tratamiento es el albendazol en dosis de 400 a 800 mg/día durante dos a siete días, que podría posicionarse entre las drogas de primera elección⁵. Por ejemplo, Jones⁶ comunicó que en Venezuela fueron tratados exitosamente 33 pacientes con *Larva migrans cutánea* con 400 mg/día de albendazol, durante tres días. Si bien este fármaco es larvicida, no puede administrarse a las embarazadas.

Algunos autores sugieren el uso tópico de crema con 2% de gammexano; ungüento con 25% de piperazina o metrifonato.²

Prevención

Es importante tomar los recaudos higienicos adecuados para evitar el contagio en las zonas endémicas y realizar tratamiento de los animales infectados para disminuir la incidencia de las dermatoparasitosis endémicas. Por otro lado, frente al caso individual y los brotes, se requiere investigación epidemiológica para determinar el mecanismo del contagio y la fuente de infección¹.

Recibido el 20/05/14 y aceptado el 04/07/14.

Referencias

1. Carrada Bravo T. *Larva migrans cutánea*: revisión del tema y descripción de cuatro casos. *Med Int Mex* 2006; 22:143-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim062i.pdf>
2. López Fernández I. Erupción serpentiforme en pie. *Cad Aten Primaria*. Año 2013. Volume 19. Páx. 131-131. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_3_Casos_Clinicos_3.pdf
3. Caumes E. Treatment of Cutaneous Larva Migrans. *Clin Infect Dis*. (2000) 30 (5):811-814. doi: 10.1086/313787. Disponible en: <http://www.cid.oxfordjournals.org/cgi/lookup?view=long&pmid=10816151>
4. Sunderkötter C y col. S1 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der kutanen Larva migrans (Creeping disease). Fertigstellung: November 2013. Gültig bis: April 2017. Disponible en: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-087_S1_Diagnostik_Therapie_kutane_Larva_migrans_2013-11.pdf
5. Albanese G y col. Treatment of cutaneous larva migrans (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Intern J Dermatol* 2001; 40: 67-71.
6. Jones S. Oral albendazol for the treatment of cutaneous larva migrans. *Br J Dermatol* 1990; 122:101.

** Vale destacar que el parásito no siempre puede documentarse en la biopsia de la piel.

†† Cuando el tiabendazol se utiliza por vía oral en dosis de 25 a 50 mg/kg/día puede producir náuseas, vómitos, vertigo, anorexia y dolor abdominal, por lo que se prefiere la vía local.