

# Larva Migrans. Presentación de un caso.

## JUAN M. FAMILIA

Médico residente de 3er año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

## PAOLA GUZMÁN

Médico residente de 4to año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

## PATRICIA NINA

Médico general. Santo Domingo, República Dominicana.

## MILDA MORETA

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

## ALICIA URIBE

Médico dermatólogo. IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

## DIVA MALECK

Médico residente 2do año de cirugía dermatológica, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana

## NERYS RAMÍREZ

Médico patólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana

Correspondencia a: doctorjuanfamilia@gmail.com

**Resumen.** La larva migrans cutánea (LMC) es un síndrome causado por la presencia y subsecuente migración de larvas de nemátodos 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, pero también está aumentando claramente en otras zonas debido a los frecuentes viajes turísticos y de trabajo a lugares exóticos.<sup>1,2,3,4,5,6</sup> Se caracteriza por la aparición de una lesión inicial eritematosa, papular, inespecífica, con prurito, la cual evoluciona a una lesión inflamada, sinuosa, generalmente elevada y eritematosa,<sup>2,4,8</sup> localizada principalmente en los pies, nalgas y muslos, áreas del cuerpo que se encuentran en contacto con la tierra contaminada con heces en la playa.<sup>3</sup> Se presenta el caso de un paciente en donde las lesiones en piel difieren de las descritas en la literatura, en el que fue necesario realizar biopsia para poder llegar al diagnóstico certero. **Palabras claves:** *Larva migrans cutánea, enfermedad tropical, erupción serpiginosa.*

## Larva migrans. Case report.

**Abstract.** Cutaneous larva migrans (CLM) is a syndrome caused by the presence and subsequent migration of nematode larvae of different animals in surface layers and / or deep skin. Is one of the most common zoonotic dermatosis tropical and subtropical areas but is also clearly increasing in other areas due to frequent tours and working to exotic locations. It is characterized by the appearance of an initial injury erythematous, papular, unspecified, with itching, which evolves into an inflamed lesion, sinuous, usually elevated, erythematous, located primarily in the feet, buttocks and thighs, areas of the body that are in contact with soil contaminated with feces on the beach. A case of a patient where skin lesions differ from those described in the literature and had to be done to get to biopsy diagnosis. **Keywords:** *Cutaneous larva migrans, tropical disease, serpiginous eruption.*

## INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea (LMC) también llamada erupción serpiginosa o eritema reptante, es un síndrome causado por la presencia y subsecuente migración de larvas de nemátodos 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, pero también está aumentando claramente en otras zonas debido a los frecuentes viajes turísticos y de trabajo a lugares exóticos.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

Los principales agentes etiológicos son *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliense*: el primero, un nematodo de cánidos, y el segundo, de cánidos y félidos; pero puede ser causado por otros agentes, tales como la *Uncinaria stenocephala* (anquilostoma de los perros europeos) y el *Bonustomum phlebotomum* (anquilostoma del ganado vacuno).<sup>1,2,3,4,5</sup> Los pacientes suelen ser bañistas, pero también pueden ser jardineros, granjeros, cazadores, o personas que instalan tuberías de agua, etcétera.<sup>3,7</sup> Se presenta en cualquier raza, edad y sexo, y su distribución es mundial, pero predomina en suelos arenosos de zonas tropicales que 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 solearse en las playas.<sup>1</sup>

Si los seres humanos se ponen en contacto con el suelo contaminado, las larvas pueden atravesar la piel no desgarrada o, más frecuentemente, penetrar a través de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas o a través de grietas de la piel. Después de un período de tiempo variable, avanzando aproximadamente 2-5cm/día, comienzan a migrar a la epidermis, especialmente por la noche.<sup>1</sup>

La patología se caracteriza clínicamente por la aparición de una lesión inicial eritematosa, papular, inespecífica, con prurito<sup>1</sup>, la cual evoluciona a una lesión inflamada, sinuosa, generalmente elevada y eritematosa, que varía en coloración desde rosa a rojo oscuro, de 2-3 mm de grosor, con un contenido seroso, a la que pueden acompañar nódulos o ampollas. A veces el aspecto clínico se representa sólo por foliculitis.<sup>2,4,8</sup>

La distribución topográfica de las lesiones en los turistas es diferente de la encontrada en la gente autóctona de los sitios endémicos. En un estudio se encontró que la topografía más común en los turistas es en los pies, nalgas y muslos, siendo estas áreas del cuerpo; las que se encuentran en contacto con la tierra contaminada con heces, mientras caminan o se sientan en la playa, en contraste con lo observado en la gente que radica en las comunidades endémicas, en las que predomina en tronco y piernas.<sup>3</sup>

Los pacientes se quejan de prurito intenso, que suele ser causa de insomnio y rascado violento, algunas veces con sensación de quemazón. Puede haber complicaciones infectivas o alérgicas. A veces puede coexistir con el síndrome de Loeffler.<sup>1</sup>

El diagnóstico de esta parasitosis se basa en las características clínicas de topografía y morfología y con el antecedente de haber acudido a alguno de los lugares antes mencionados. No es necesaria la realización de una biopsia, ya que ésta sólo nos mostraría un infiltrado inflamatorio, y raramente la larva.<sup>3,9</sup>

En cuanto al tratamiento, existe un gran arsenal terapéutico que podemos emplear, eso dependerá principalmente del número de lesiones, es decir, cuando existen una o pocas lesiones se puede utilizar enfriamiento local con cloruro de etilo o nitrógeno líquido, pero cuando hay mayor número de lesiones se recomienda tratamiento sistémico por vía oral y los de mayor efectividad son: Albendazol 400 mg al día, durante 3 a 5 días, así como ivermectina 200 mg/kg en dosis única<sup>4</sup>. La ivermectina ofrece una tasa de curación del 80 al 100%; en casos múltiples se considera el tratamiento de elección.

La crioterapia se considera de muy baja efectividad y es un tratamiento muy doloroso; por lo tanto, debe evitarse.<sup>3</sup>

La profilaxis se basa en el tratamiento periódico de perros y gatos, a partir de las 4 semanas de edad en zonas endémicas. Además de evitar el acceso de perros y gatos a las áreas de juego, como playas y áreas de trabajo donde ocurra el contacto de la piel con el suelo.<sup>4</sup>

#### CASO CLÍNICO

Masculino de 17 años de edad, fototipo IV, soltero, estudiante, originario y residente en Manoguayabo, Santo Domingo Este, quien acude a consulta por dermatosis que afecta espalda, cara posterior de brazo derecho, región glútea, de 10 días de evolución, pruriginosa. *Figuras 1 y 2.*



**Figura 1.** Lesiones de paciente que afecta espalda, cara posterior de brazo derecho y región glútea.



**Figura 2.** Mayor detalle de las lesiones de la espalda y cara posterior de brazo derecho.

Antecedentes personales patológicos no contributorios para patología actual.

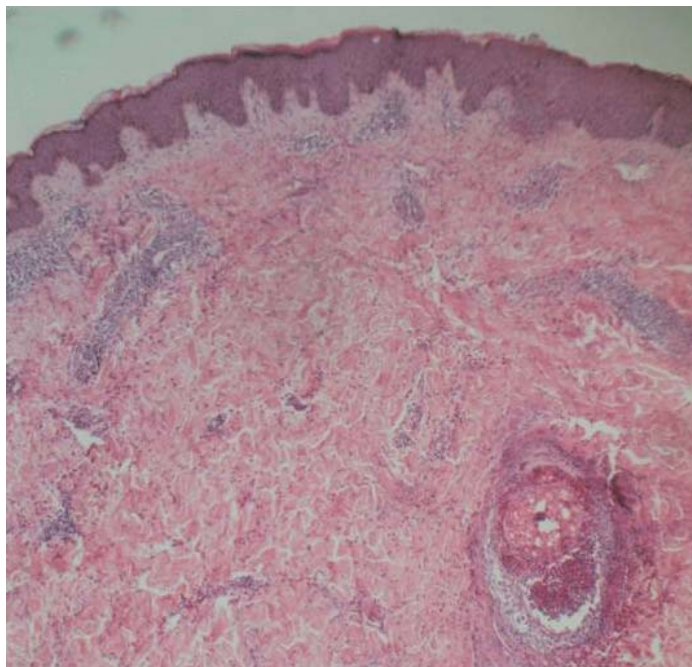
Al examen físico muestra dermatosis constituida por pápulas eritematosas, numerosas, que confluyen formando placas elevadas, de diferentes formas y tamaños, de bordes bien definidos. *Figura 3.*



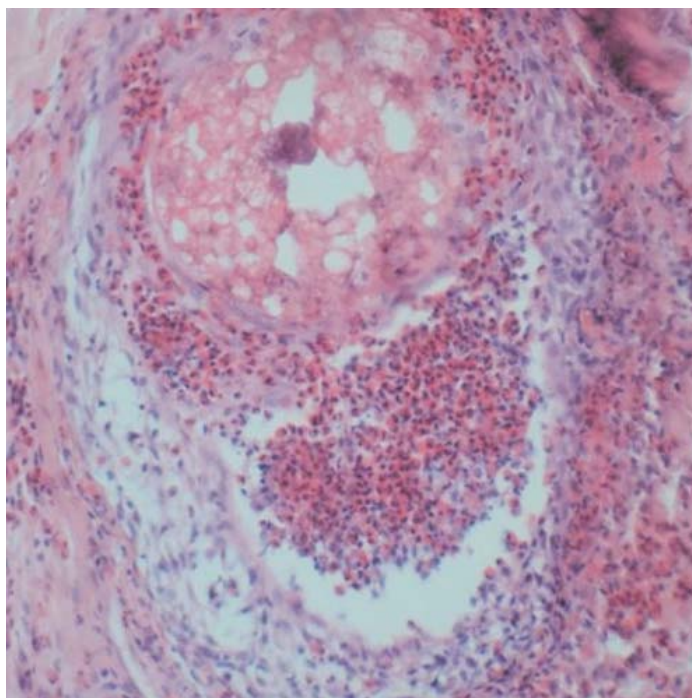
**Figura 3.** Pápulas eritematosas que confluyen formando placas elevadas, de diferentes formas y tamaños, bordes bien definidos.

Se solicitan analíticas de laboratorio: ASO: 318.80 uds / ml, IgE: 605.10 uds / ml. Hemograma/examen general de orina / coprológico / glicemia / VDRL, que reportan: normales, dentro de límites de referencia y no reactivo, respectivamente.

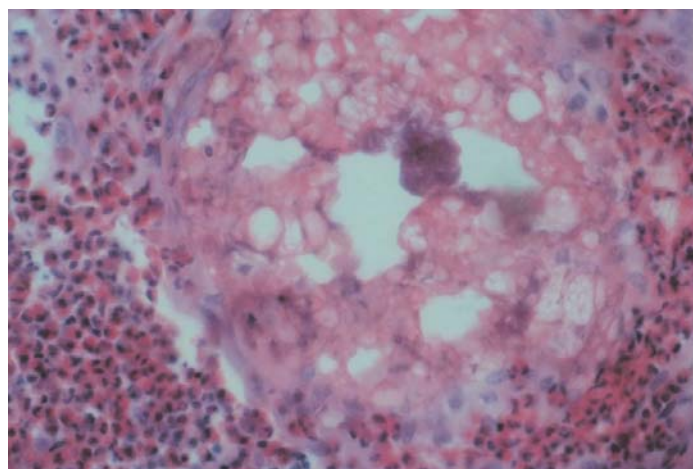
La histopatología reporta una epidermis que muestra discreta acantosis. En el dermis, tanto superficial como profundo, se destaca un denso infiltrado de polimorfonucleares eosinófilos, los cuales en un segmento engloban un corte transversal de un fragmento de larva. Figuras 4 -7.



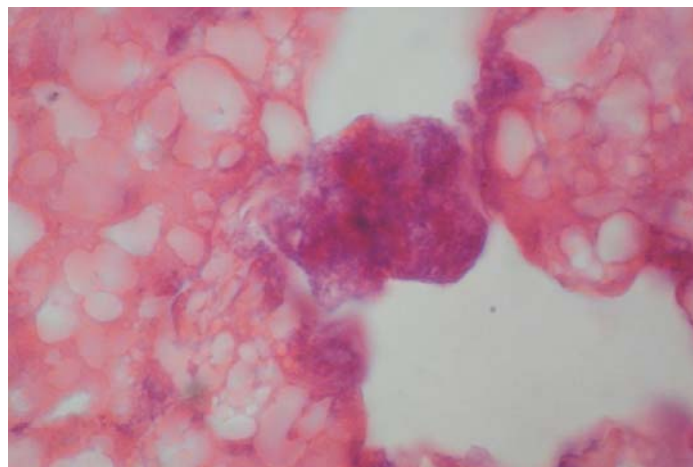
**Figura 4.** Epidermis acantósica. En dermis superior y medio, se aprecia infiltrado inflamatorio linfocitario con abundantes eosinófilos. HE 20X



**Figura 5.** Existe un infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos rodeando un anexo piloso. HE 30X



**Figura 6:** Un detalle del infiltrado. En una sección transversal se aprecia un segmento de larva. HE 40X



**Figura 7.** Un detalle de la sección de la larva. HE 100X

Se inicia tratamiento con Ivermectina 6mg, a razón de 2 tabletas vía oral, dosis única. Se evidencia remisión total de lesiones 4 semanas pos-tratamiento. Figuras 8 y 9.



**Figura 8:** Remisión total de las lesiones a las 4 semanas post-tratamiento.



**Figura 9.** Remisión total de lesiones (detalle).

## DISCUSIÓN

La presentación clínica clásica de la larva migrans es una lesión eritematosa, elevada y sobretodo serpiginosa, a predominio de extremidades inferiores, difiere de lo que encontramos en nuestro paciente, el cual presenta pápulas y placas eritematosas de diferentes formas y tamaños, a nivel de tronco.

Debido a esta presentación y localización tan atípicas, se abrieron un abanico de diagnósticos diferenciales, dentro de los cuales, la dermatitis por contacto representaba el diagnóstico más cercano por las características de las lesiones.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero en algunos casos se pueden emplear métodos diagnósticos como la biopsia, la cual, si bien se considera de baja sensibilidad diagnóstica y en la misma los hallazgos se aprecian en dermis, donde se observa un denso infiltrado de polimorfonucleares eosinófilos. En algunas ocasiones, es de gran utilidad, sobre todo si podemos ver parte de la larva, como en este caso en particular.

## CONCLUSIÓN

La larva migrans cutánea es una entidad de fácil diagnóstico. Existen casos en los cuales las lesiones pudieran semejar otras patologías, en los mismos, se debe considerar el valor de la biopsia. En cuanto al tratamiento, la Ivermectina constituye un fármaco de fácil adquisición, dosificación y uso y que resulta muy eficaz para tratar la Larva Migrans Cutánea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zúñiga IR, Caro J. Larva migrans cutánea en región abdominal: reporte de un caso que se presentó clínicamente como una dermatitis por contacto. *Enf Inf Microbiol.* 2011; 31 (3): 105-108.
2. 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 Mayo; 4(4): 236-240.
3. Villanueva A, Cortez B, Cardona MA, García SJ, Rodas AC, et al. Larva migrans cutánea. Comunicación de tres casos. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2011 Sep-Dic; 20(3): 118-123.
4. López LD, Márquez CE. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2007 May-Ago; 16(2): 85-88.
5. Durango AI, Vargas H. Albendazol en el tratamiento de larva migrans cutánea. *Dermatología Venezolana.* 1990; 28(3): 101-104.
6. Carrada T. Larva migrans cutánea: revisión del tema y descripción de 4 casos. *Med Int Mex.* 2006 Marzo-Abril; 22(2):143-148
7. Sàbat M, Ribera M, Bielsa I, Rex J, Ferrándiz C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002; 93(7):443-447.
8. Varela CS, Varela M, Pascual ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en atención primaria. *MÉDIFAM* 2002; 12(10): 655-657.
9. Rubio C, Martín MA, Corral M, Arranz D, Vidaurrázaga C. Larva migrans cutánea. *An Pediatr (Barc)* 2004; 61(3): 270-272.