CASO BREVE

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Larva Migrans cutánea

CUTANEOUS LARVA MIGRANS

Oct- Dic 2018 | Vol. 99 N°4

Caso breve
Rev. argent. dermatol. 2018; 99 (4): 75– 81.
Publicado en línea 2018, Diciembre / Published online December 2018.
Larva Migrans Cutánea

Autores | Contacto

M Alcain *, J Waimann **, N Padin **, P Green * y S Chiramberro *****

*Alumna de Posgrado de Especialización en Dermatología. Asociación Argentina de Dermatología.
**Dermatóloga. Médica de Planta. Hospital Municipal "Dr. Héctor M Cura".
***Médica Dermatóloga.

**Unidad de Dermatología. Hospital Municipal "Dr. Héctor M. Cura".
Sarmiento 2669 (B7400). Olavarría. Provincia de Buenos Aires. República Argentina.
Tel. 02284-44-0800.
www.olavarria.gov.ar/hospital_municipal/contacto.php**

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

Recibido: 07.03.2018
Aceptado para su Publicación: 15.11.2018

RESUMEN

La larva migrans cutánea es una parasitosis endémica, observada en regiones cálidas, húmedas, tropicales y subtropicales, caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas y pruriginosas, causada frecuentemente por *Ancylostoma braziliense*. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 18 años de edad, sin antecedentes epidemiológicos de viaje a zona endémica, con clínica característica asociada a manifestación bullosa atípica, que presentó remisión completa con el tratamiento instaurado.

PALABRAS CLAVES

larva migrans cutánea, *ancylostoma*, ivermectina, zoonosis, prurito, medicina del viajero..

SUMMARY

Cutaneous larva migrans is an endemic parasitosis most commonly found in warm-humid areas, tipically of tropical and subtropical climates. Characterized by serpiginous and pruritic skin lesions, it is usually caused by *Ancylostoma braziliense*. We present the case of an 18 year-old female patient with no history of endemic exposure and atypical bullous clinical lesions. Full recovery is achieved after the treatment.

KEY WORDS

larva migrans cutánea, *ancylostoma*, ivermectina, zoonosis, prurito, medicina del viajero.

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea o dermatitis verminosa reptante, es una dermatosis zoonótica, endémica en áreas tropicales y subtropicales, provocada por larvas de helmintos.

Se presenta un caso de la dermatitis tropical más frecuente, autóctono de la cuidad de Olavarría, ubicada en el centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 18 años de edad, consulta a la Unidad de Dermatología del Hospital Municipal "Dr. Hector M. Cura", de la ciudad de Olavarría, por presentar lesión cutánea en región plantar derecha, serpiginosa, intensamente pruriginosa, de 10 días de evolución. La paciente no relata ningún otro síntoma asociado ni antecedentes de viaje a zonas endémicas, sí en cambio, manifiesta contacto frecuente con animales domésticos y areneros.

Al examen físico se constata lesión eritemato-papulosa, de aspecto serpiginoso, dishidrosiforme y bulloso, de 5 cm de longitud, que progresa de manera continua siguiendo un trayecto sinuoso, en la cara plantar del pie derecho (Figs 1 y 2).

En el quinto dedo del pie homolateral, se observa otra lesión de similares características de 1 cm de longitud (Fig 3).

Fig 1: lesión eritemato papulosa serpiginosa.

Fig 2: con mayor detalle, el aspecto dishidrosiforme y bulloso.

Fig 3: lesión dishidrosiforme en el quinto dedo del pie derecho.

Con las manifestaciones clínicas y la morfología característica de la lesión, se arriba al diagnóstico de larva migrans cutánea.

Se indica tratamiento con tiabendazol 5% tópico 4 veces x día, durante 7 días asociado a corticoides locales.

Transcurrida una semana se cita a la paciente a un nuevo control, observándose mejoría parcial de la lesión, con formación bullosa en el extremo distal (Fig 4).

Fig 4: mejoría parcial de la lesión, a la semana del tratamiento.

Se decide iniciar medicación oral, indicándose ivermectina a razón de 200 ug/Kg, en dosis única, constatándose a los 7 días resolución del cuadro (Fig 5).

Fig 5: post-tratamiento con ivermectina vía oral.

DISCUSIÓN

La larva migrans cutánea es una parasitosis producida por larvas de nematodos, que penetran en la piel [i].

Es una enfermedad endémica en áreas húmedas, cálidas, tropicales o subtropicales [ii].

Los agentes etiológicos más frecuentes son: *Ancylostoma braziliense* (parásito intestinal del gato) y *Ancylostoma canis* (parásito intestinal del perro) [iii].

El gusano adulto vive y se multiplica en el intestino de gatos y perros. Éstos por sus heces eliminan huevos, que en suelo arenoso y húmedo (playas y jardines) se convierten en larvas filariformes, con capacidad infectante.

El hombre es un huésped accidental, se contagia por contacto con suelo contaminado. Las larvas penetran en la piel y luego de un período de incubación, que oscila entre 2 a 10 días comienzan a migrar, desplazándose por la capa granulosa debido a que carece de enzimas líticas, para atravesar la membrana basal y alcanzar el torrente sanguíneo.

A las 24 a 48 hs que la larva ingresa en la piel, aparece una pápula eritematosa y pruriginosa. El síntoma característico es el prurito, el que puede comenzar antes de que aparezcan las lesiones y se acentúa en el trascurso de la enfermedad. Cuando las larvas comienzan a migrar originan trayectos serpiginosos, sobreelevados, únicos o múltiples. Las zonas más frecuentemente involucradas son: pies, nalgas y muslos, pero cualquier parte del cuerpo en contacto con suelo infestado, puede verse afectado [iv]. Dentro de las presentaciones clínicas hay reportes, en donde hasta en un 15% de los casos pueden observarse lesiones ampollares, como ocurrió en nuestra paciente, si bien su patogenia es desconocida, podría corresponder a una reacción de hipersensibilidad retardada, producida por la liberación de antígenos de la larva [v].

Los parásitos mueren en el humano, no completando su ciclo vital.

La impetiginización y las reacciones alérgicas locales y generales, son las complicaciones más frecuentes. También se ha descrito asociación con síndrome de Löffler (infiltrados pulmonares transitorios con eosinofilia periférica) [vi].

El diagnóstico es clínico, colaborando los antecedentes epidemiológicos de viaje reciente a zonas endémicas [vii].

Dentro de los diagnósticos diferenciales, se deben considerar procesos como: larva currens, larva migrans visceral, escabiosis, miasis, fitofotodermatosis, eritema crónico migrans [6,8].

La evolución es habitualmente benigna y el proceso se autolimita por la muerte de la larva, en un período que oscila entre 1 y 3 meses en la mayoría de los casos [9]. El tratamiento es recomendado debido a las molestias que ocasiona.

Las posibilidades terapéuticas pueden ser tópicas y sistémicas. Dentro del tratamiento tópico se recomienda: tiabendazol al 5 o 10% en crema oclusiva durante 3 días o sin ocluir 4 veces por día por una semana, solo recomendado ante número limitado de lesiones. El tratamiento físico con crioterapia o electrofulguración en general, no resuelve la enfermedad por la dificultad en identificar la posición exacta de la larva. Dentro del tratamiento sistémico: albendazol en dosis de 400 mg/día por 3 días, sería de primera elección; tiabendazol se utiliza en dosis de 25 a 50 mg/kg/día por 5 a 10 días, limita su uso la alta incidencia de efectos adversos, como: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, vértigo, cefalea. Ivermectina a dosis de 200 mcg/kg en dosis única.

En caso de presencia de prurito intenso, se pueden asociar antihistamínicos y/o corticoides tópicos [1,5].

Una medida preventiva consiste en el uso de calzado y ropa adecuada, para evitar el contacto con el suelo infestado [9].

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso clínico de larva migrans cutánea, autóctona en la cuidad de Olavarría ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Cabe resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica ante lesiones clínicas típicas, asociadas como en este caso, a lesiones atípicas aún en pacientes que no tengan antecedentes de viajes a zonas endémicas.

REFERENCIAS

1. Gómez-Calcerrada MR, Rodríguez FM, del Cerro M, Heredero E, Suárez R y Fernández F. Observación clínica. An Esp Pediatr 1996; 45: 291-292.
2. Granados JB. Larva migratoria cutánea: diagnóstico y tratamiento de un caso en Atención Primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia 2009; 35 (10): 523-524.
3. Urrez RL, Zamora MI, Azparren MZ y Cura Ortiz ED. Carta al Director-Larva migrans cutanea. Med Cut Ibero Latin Am 2002; 30 (3): 130.
4. Tellería RL, Buján MM y Cervini A. Larva migrans cutánea. Arch Argent Pediatr 2015; 113 (4): 375-377.
5. González CG, Galilea NM y Pizarro K. Larva migrans cutánea autóctona en Chile: A propósito de un caso. Rev Chil Pediatr 2015; 86 (6): 426-429.http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.0718
6. Flores CR, de la Calle MC, Sánchez DA y Díaz-Arcaya CV. Larva migrans cutánea. In: Ann Pediatr 2004; 61 (3): 270-271. Elsevier Doyma.
7. Castro V, Varela Cerdeira M y Pascual Martín ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. Medifam 2002; 12 (10): 77-81.
8. Santandreu MS, Pibernat MR, Narsol IB, Cavalle JR y Foraster CF. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. Actas Dermo-Sifilograf 2002; 93 (7): 443-447.
9. Peinado CM, Simón F, Orero J, Alcalde M, Nogueras P y Gomez P. Cutaneous larva migrans. An imported case. J Am Acad Dermatol 2013; 68 (4): AB 116.