CASO CLÍNICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGíA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual RE-2023-29115831

Larva migratoria cutánea: caso clínico

CUTANEOUS LARVA MIGRANS: CLINICAL CASE

ENE - DIC 2024 | Vol. 105

Caso Clínico
Rev. argent. dermatol. 2024; 105 -79 -00.
Publicado en línea 2024, december/ Published online 2024 diciembre
Larva migratoria cutánea: caso clínico

Autores | Contacto

Setubal Campos Kamylla,[1] Baza Ramírez Victoria,[2] Camacho Luis[3]

ORCID AUTORES

1] Médica de la Certificación de Médicos especialistas en Dermatología
https://orcid.org/0009-0003-4609-9595
[2]Médica de la Certificación de Médicos Especialistas en Dermatología
https://orcid.org/0009-0007-2920-9173
[3] Jefe del Servicio de Dermatología del Centro Biomedicina Roca
https://orcid.org/0009-0003-1612-9693

Biomedicina Roca, El Patagónico 761, (9000). Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina

Correspondencia autor responsable: Dra. Kamylla Setubal Campos

Dirección: Calle Ramos Mejía 393, CP 9000. Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina

Correo electrónico: kamyllacampos36@gmail.com
Teléfono: +54 9 3878 53-1939

Recibido: 21/01/2024
Recibido 1° corrector: 08/02/2024
Recibido 2° corrector: 28/08/2024
Aceptado para su Publicación:28/12/2024

RESUMEN

La Larva Migratoria Cutánea es una afección extendida en zonas tropicales y subtropicales, en especial en personas en contacto con arena.
Se presentará caso clínico paciente oriundo de Brasil, con registros fotográficos pre y postratamiento con Ivermectina 200mcg/kg en única dosis, con buenos resultados.
Si bien la Larva Migratoria Cutánea es autolimitada, el tratamiento es recomendable para acortar el desarrollo y sintomatología. La Ivermectina prueba ser un tratamiento eficaz e inmediato.

PALABRAS CLAVE
Helmintos, parásitos, Larva Migratoria Cutánea, clínica, tratamiento, *Acylostoma brasiliense*

ABSTRACT

Cutaneous Larva Migrans is a widespread condition in tropical and subtropical areas, especially affecting individuals in contact with sand.
We report a clinical case involving a patient from Brazil, with photographic records pre and post-treatment with Ivermectin 200mcg/kg in a single dose, showing positive outcomes.
Although Cutaneous Larva Migrans is self-limiting, treatment is recommended to precipitate resolution and alleviate symptoms. Ivermectin proves to be an effective and immediate treatment.

KEY WORDS
Helminths, parasites, Cutaneous Larva Migrans, clinical presentation, treatment, Ancylostoma braziliense

INTRODUCCIÓN:

La Larva Migratoria Cutánea es un helminto, esto es, un parásito que afecta a los mamíferos, incluidos los seres humanos.[1] Algunos de estos helmintos provocan afecciones cutáneas, y tal es el caso de la Larva Migratoria, que está ampliamente distribuida en zonas tropicales y subtropicales. Tienen mayor riesgo las personas que están en contacto con arena o suelo contaminado con heces de animales. Es un síndrome infeccioso causado por diferentes anquilostomas, larvas que ingresan a la piel por contacto directo con suelos contaminados por huevos, depositados por medio de las deposiciones de animales.[2] Cursa con erupción serpiginosa migratoria progresiva, casi siempre con prurito, y puede tener una complicación por sobreinfección bacteriana secundaria.[3] Por lo general, los agentes causantes son del tipo *Ancylostoma*, en especial *A. braziliensis y el A. caninum.*[4]

Las infecciones, que pueden afectar a personas de cualquier edad y sexo, aparecen predominantemente en extremidades superiores e inferiores, muy frecuentemente en plantas de pies, pero también se pueden encontrar en espalda y torso.[5, 6]

Caso:

Paciente de sexo masculino, 25 años, oriundo de Carolina, Maranhao (Brasil). El paciente acude a la consulta por presentar una lesión en zona externa del muslo derecho con tres días de evolución (Figura A). Refiere que, antes de ser visible dicha lesión, sentía “pinchazos prolongados como agujas”, y posteriormente, inflamación local. Asimismo, el paciente afirma haber estado en la playa en los cinco días previos. Las lesiones observadas son de tipo eritematoso, pruriginoso, sobreelevado, de crecimiento progresivo, que al principio se presenta lineal para luego mostrar un trayecto serpiginoso de aproximadamente 3 cm.

Se realizó el diagnóstico presuntivo de Larva Migratoria Cutánea, tanto por su clínica como por el antecedente epidemiológico de exposición. En general, la casuística recomienda el diagnóstico clínico, que se suma a un interrogatorio pormenorizado sobre las posibles exposiciones a zonas de riesgo epidemiológico. Se realizó un hemograma que curso con eosinofilia leve.

El tratamiento se realizó con Ivermectina 200 mcg/kg, vía oral, en única dosis.

A dos días de realizado el tratamiento se controló, y se observó la evolución de las lesiones (Figura B). Estas habían mejorado considerablemente al tercer día (Figura C), hasta su desaparición en el día nueve **(Figura D).**

Discusión:

La Larva Migratoria Cutánea está ampliamente distribuida en zonas tropicales y subtropicales, y esto se debe a que las temperaturas de alrededor de 30 °C y la humedad ambiente (> 80 %) facilitan la permanencia de las larvas de los parásitos en la tierra y la arena.[7] Los casos se registran, especialmente, en el Caribe, África, América Central, América del Sur, India y el sureste de Asia, zonas que se consideran como endémicas. Los estudios dan cuenta de que la prevalencia en América del Sur fluctúa entre 0,2 % y el 4,4 % de la población general, pero es más frecuente en niños y niñas menores a 5 años de edad, en los que alcanza hasta un 14%.[8] Por otra parte, están en mayor riesgo las personas que están en contacto con arena o suelo contaminado con heces de animales. Las causas más frecuentes son el *Ancylostoma Braziliens*, el *Uncinaria Stenocephala* (anquilostoma de los perros) y el *Bunostomum phlebotomum* (anquilostoma del ganado vacuno). Otras enfermedades que penetran en la piel y producen enfermedad similar son las del *A. caninum*.[9]

El ser humano es el huésped accidental del parásito, que adquiere en el ambiente contaminado. Los gusanos adultos se alojan en el intestino delgado de perros y gatos, y se eliminan a través de la defecación; pueden deponer entre 10.000 y 20.000 huevos por día, los que permanecen en el suelo, especialmente en zonas

sombrías.[10] Los casos más expuestos son los de las personas con trabajos de agricultura y ganadería, por el contacto con el suelo, los moradores de viviendas precarias y también quienes caminan descalzos en áreas contaminadas, especialmente en la arena.[11]

La larva migra varios milímetros por día, entre el estrato germinativo y el estrato córneo, induciendo una reacción inflamatoria local. La mayoría de las larvas mueren en días o meses. Desde el contagio hasta la manifestación clínica transcurren entre 1 a 6 días, cuando aparecen los signos más frecuentes, que son los cambios cutáneos.

El diagnóstico no es sencillo, ya que puede confundirse con otras afecciones semejantes, como el herpes zóster, el herpes simple, el liquen plano eritematoso lineal, la larva currens, larva migrans visceral, escabiosis y la dermatitis de contacto, entre otras.[12] No obstante, el diagnóstico de larva migratoria cutánea por anquilostoma es clínico; se basa en la erupción serpiginosa característica y en el antecedente epidemiológico de exposición. Esa erupción se da, fundamentalmente, en áreas de las extremidades donde la piel es más delgada, pero también en glúteos y torso. Si bien, como se dijo, el diagnóstico es eminentemente clínico, se puede realizar una dermatoscopía, la que puede mostrar estructuras marrones, de aspecto traslúcido, conformadas en trayectos interrumpidos por trayectos vacíos, y con puntos rojizos.[13]

Cada larva hará un solo surco, que puede ser sinuoso y, de esta forma, encontrarse con otros surcos labrados por otras larvas. Esta particularidad hace difícil, a veces, encontrar la localización exacta de la/s larva/s. Estos surcos suelen tener varios centímetros de largo por 1 centímetro de diámetro, y avanzan 1 a 2 centímetros por día.[14]

La evolución es por lo general benigna, y el proceso se autolimita por la muerte del parasito en días o meses. El tratamiento está recomendado, debido a la reacción eosinofílica inflamatoria local que produce una molestia y prurito intenso. El de primera elección es la Ivermectina 200 mcg/kg dosis única o Albendazol por 3 días. Otra opción es el tratamiento tópico con Tiabendazol.

Si bien la enfermedad es autolimitada, en ocasiones la migración es extensa en tiempo y el prurito puede ser intenso, por lo cual se recomienda el tratamiento tópico o sistémico.[12] Es autolimitada, puesto que las larvas no maduran en el ser humano, y mueren antes de completar su ciclo biológico.[13]

En el caso expuesto, la Ivermectina en las dosis indicadas probó ser eficaz, y no fue necesaria ninguna otra intervención.

Figuras:

Figura A. Lesiones en la primera consulta

Figura B. Lesiones a los dos días posteriores al tratamiento

Figura C. Lesiones a los tres días posteriores al tratamiento

Figura D. Lesiones a los nueve días posteriores al tratamiento

REFERENCIAS:

1. Suh KN, Keystone JS. Infecciones helmínticas [Internet]. En: Wolf K, Johnson R, Saavedra A, (Ed.). Fitzpatrick. Atlas de Dermatología Clínica. Educación McGraw-Hill; 2019. Baltimore, Maryland.[Citado en julio de 2024]. Disponible en: https://accessmedicine.mhmedical E,.com/content.aspx?bookid=2570§ionid=210441333
2. Gill N, Somayaji R, Vaughan S. Exploring Tropical Infections: A Focus on Cutaneous Larva Migrans. Adv Skin Wound Care. [internet] 2020 jul. [Citado en julio de 2024]; 33(7): 356-359. doi: 10.1097/01.ASW.0000662248. 18996.b5. PMID: 32544114. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544114/
3. Maxfield L, Crane JS. Cutaneous Larva Migrans. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [Citado en julio de 2024]; Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507706/4.
4. Villagrasa-Boli P, Martínez-Cisneros P, Monte-Serrano J. Larva cutánea migrans en viajero. Aten Primaria [Internet] 2022 jul. [Citado en julio de 2024]; 54(7).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102287. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9133574/

5. Arenas Guzmán, R. (Ed.). [Internet] Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6ª ed. McGraw-Hill Education; 2015. México. [Citado en julio de 2024]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1538&sectionid=102306617
6. Plascencia Gómez A, Proy H, Eljure N, Atoche Dieguez C, Calderón Rocher C, Bonifaz A. Larva migrans cutánea relacionada con Ancylostomas. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2013 [Citado en julio de 2024]; 57: 454-460. Disponible en: http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/pdf/dermatologia/2013/nov - dic_2013/art.revision_larva_migrans.pdf
7. Niño Avendaño C, Vargas Rodríguez L, Chacón León A. Larva migratoria cutánea: caso clínico. Rev. argent. dermatol. [Internet]. dic. 2020 [Citado en julio de 2024]; vol. 101, nº 4. Disponible en: https://rad-online.org.ar/2021/08/20/larva-migratoria-cutanea-caso-clinico/
8. Pereda Rodríguez Y, Martínez Galainena T, Díaz Calzada M, Dot Pérez L, Madera Chirico R. Larva migrans cutánea. Un caso clínico. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. may.-jun. 2016. [Citado en julio de 2024]; vol. 20, nº 3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300020
9. Wolf K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffel D. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Tomo 2. Buenos Aires: Ed. Panamericana. 2020.
10. Heukelbach J, Wilcke T, Meier A, Sabóia Moura RC, Feldmeier H. A longitudinal study on cutaneous larva migrans in an impoverished Brazilian township. Travel Med Infect Dis. [Internet]. 2013 [Citado en julio de 2024]; 1(3): 213-218. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477893903000966
11. Salavarria L, Yepez-Zambrano D, Silva-Rojas G, Huaman-Garaicoa F, Farfán-Cano G, Jimenez-Jara A et al. Síndrome de lava migratoria cutánea, del diagnóstico al tratamiento. Revista Científica INSPILIP [Internet]. 2020 [Citado en julio de 2024]; vol. 3, nº 2. DOI: 10.31790/inspilip. v3i2.84.g161. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338344916_Sindrome_de_Larva_migratoria_cutanea_del_diagnostico_al_tratamiento
12. Crocker Sandoval AB, Sánchez-Dueñas LE, Quiñones-Venegas R, González-Ramírez RA, Orendain-Koch N. Hallazgos dermatoscópicos en larva migrans. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2015 [Citado en julio de 2024]; 59: 98-101. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2015/rmd152d.pdf
13. Cárdenas Perea ME, Gándara Ramírez JL, Cruz López OR, Pezzat Said E, Pérez Hernández MA. Larva migrans cutánea. Dermatol Rev Mex [Internet]. oct. 2013 [Citado en julio de 2024]; 57(5). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2013/rmd135n.pdf
14. Eichelmann K, Tomecki KJ, Martínez JD. Tropical dermatology: cutaneous larva migrans, gnathostomiasis, cutaneous amebiasis and trombiculiasis. Semin Cutan Med Surg. [Internet] 2014 Sep [Citado en julio de 2024]; 33(3): 133-135. doi: 10.12788/j.sder.0109. PMID: 25577853. doi: 10.12788/j.sder.0109. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577853/