



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



## Cartas científicas

### Respuesta a ivermectina oral en 3 casos de larva *migrans* folicular

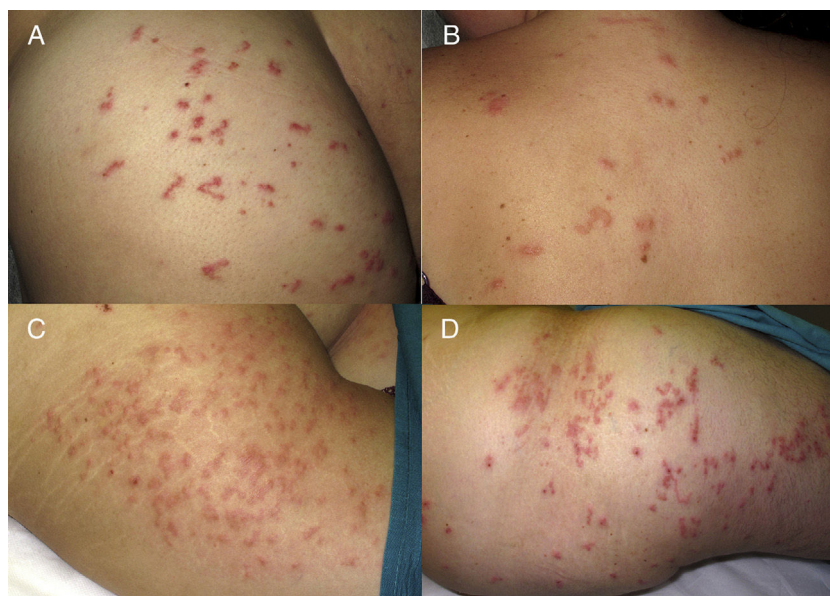


### Response to oral ivermectin in three cases of follicular cutaneous larva *migrans*

La larva *migrans* cutánea (LMC) representa uno de los principales diagnósticos dermatológicos en viajeros que regresan del trópico. Es fácilmente reconocible por su característico trayecto serpiginoso. La mayor parte de los casos son identificados y tratados en consultas de atención primaria o del viajero, sin requerir una valoración dermatológica específica para establecer su diagnóstico. Sin embargo, existen casos de presentación clínica atípica<sup>1</sup> en los que predomina un componente papuloso centrado en los folículos, denominado foliculitis por LMC o larva *migrans* folicular (LMF). A continuación, se presentan 3 casos de LMC con afectación extensa y foliculitis en viajeros procedentes de Tailandia. Se trataba de 3 turistas que habían permanecido en contacto directo con arenas húmedas en la costa de Phuket, durante varios días, en un viaje realizado en el mes de agosto (estación lluviosa). Tras ello, desarrollaron prurito y algunas pápulas pruriginosas de forma precoz (fig. 1). Sus características clínicas se resumen en la tabla 1. La respuesta a ivermectina oral fue satisfactoria en los 3 casos, con

desaparición rápida del prurito (primeras 48–72 h) y mejoría progresiva de las lesiones hasta su resolución completa en 2 semanas.

LMF es un cuadro poco descrito en la literatura, caracterizado por la ausencia o escasez de trayectos serpiginosos típicos en sus fases iniciales. En su patogenia se ha implicado la penetración de las larvas a través de los orificios foliculares, sin necesidad de una solución de continuidad epidérmica. Posteriormente, las larvas se desplazan a través del epitelio folicular, movimiento que generaría una reacción de hipersensibilidad local al parásito, traducida en forma de pápulas y/o pústulas pruriginosas. Los trayectos serpiginosos típicos aparecen posteriormente, en las fases más evolucionadas del cuadro. Suelen ser más cortos que en los casos convencionales y se originan a partir de una pápula centrada en el folículo. La presencia de un mayor número de trayectos en los casos de foliculitis parasitaria parece estar relacionada con la penetración masiva de múltiples larvas a través de los folículos desde suelos altamente parasitados. El diagnóstico es clínico y la biopsia cutánea habitualmente no aporta información adicional relevante, dada la dificultad para la detección de los parásitos. Como complicaciones destaca la ecematización o la sobreinfección bacteriana, especialmente cuando el diagnóstico se demora<sup>2–4</sup>. Excepcionalmente se ha descrito la invasión tisular de larvas de *Ancylostomas* con capacidad para producir hialuronidasa, factor de virulencia que



**Figura 1.** A) Pápulas y trayectos serpiginosos múltiples de escasa longitud. B) Predominio del componente papuloso en la parte superior de la espalda. C) Pápulas eritematoedematosas en ausencia de trayectos sinuosos. D) Lesiones múltiples en distintos estadios evolutivos.

**Tabla 1**  
Características clínicas de los 3 pacientes con diagnóstico de LMF

|                                                                    | Caso 1                                                             | Caso 2                                                                                                                                 | Caso 3                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Edad (años)                                                        | 28                                                                 | 26                                                                                                                                     | 28                                                           |
| Sexo                                                               | Mujer                                                              | Mujer                                                                                                                                  | Hombre                                                       |
| Antecedentes dermatológicos                                        | -                                                                  | Dermatitis atópica                                                                                                                     | Psoriasis en placas                                          |
| Prurito                                                            | 48 h tras el regreso                                               | 24 h previas a su regreso                                                                                                              | 48 h tras el regreso                                         |
| Tiempo de latencia desde los primeros síntomas hasta su valoración | 7 días                                                             | 12 días                                                                                                                                | 9 días                                                       |
| Manifestaciones clínicas                                           | Pápulas eritematosas y trayectos de corta longitud (figs. 1A y 1B) | Pápulas eritematoedematosas (fig. 1C) y un único trayecto corto                                                                        | Pápulas eritematosas y trayectos de corta longitud (fig. 1D) |
| Distribución de las lesiones                                       | Glúteos, espalda, tórax, plantas                                   | Glúteos                                                                                                                                | Glúteos, lateral de muslos                                   |
| Tratamientos previos realizados                                    | Albendazol vo (400 mg/12 h, 2 días sin cambios en el prurito)      | Hidroxizina 25 mg vo, dexclorfeniramina 2 mg vo, combinación de betametasona 17-valerato-ácido fusídico crema (sin alivio sintomático) | -                                                            |
| Complicaciones                                                     | -                                                                  | Dificultad para el reposo nocturno (prurito intenso y constante)                                                                       | Psoriasis leve sobre lesiones traumatizadas por el rascado   |
| Dosis y respuesta a ivermectina                                    | 200 µg/kg (12 mg, dosis única), NEA                                | 200 µg/kg (10 mg, dosis única), NEA                                                                                                    | 200 µg/kg (20 mg, dosis única), NEA                          |

LMF: larva *migrans* folicular; NEA: no efectos adversos.

les permitiría alcanzar los vasos dérmicos y desde ahí el pulmón y el tubo digestivo (síndrome de Loeffler)<sup>5</sup>. El tratamiento se basa en la administración de albendazol (400 mg/día durante 3 días) o ivermectina por vía oral (200 µg/kg de peso en monodosis)<sup>6,7</sup>. Para algunos autores, los casos de LMF presentan una mayor resistencia al tratamiento antiparasitario que las formas clásicas de LMC. En un estudio realizado por Caumes et al. en 2002, las formas foliculares de LMC implicarían una mayor probabilidad de fracaso terapéutico que las formas clásicas con las dosis habituales de ivermectina oral<sup>8</sup>. Sin embargo, en los casos publicados administran una dosis constante de ivermectina (12 mg), sin especificar el cálculo de la dosis en función del peso de cada paciente. Posteriormente, este grupo evaluó retrospectivamente la respuesta a ivermectina con una dosis ajustada de 200 µg/kg en los casos atendidos desde 2008 a 2012, concluyendo que la eficacia de ivermectina en dosis única es superior en LMC clásica que en LMF<sup>9</sup>. En cualquier caso, lo que sí parece claro es la falta de respuesta al tratamiento tópico con tiabendazol, como consecuencia de la localización de las larvas en el epitelio o canal folicular y la presencia de una carga parasitaria superior en las formas de LMF.

En conclusión, a pesar de que la principal causa de lesiones foliculares en pacientes que retornan del trópico es la folliculitis bacteriana, LMC debe considerarse en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes que presenten lesiones papulosas, pruriginosas y/o que no respondan al tratamiento antibacteriano convencional. De igual forma, debe realizarse una exploración física completa en busca de los característicos trayectos serpiginosos, visibles en las fases más evolucionadas del cuadro y que definen esta parasitosis. El tratamiento antiparasitario con ivermectina ajustada al peso (200 µg/kg en dosis única) en pacientes adultos resultaría efectivo en la mayor parte de los pacientes con formas de LMF. Sin embargo, dada la controversia sobre la mayor resistencia de las formas foliculares al tratamiento en monodosis, recomendamos un seguimiento estrecho de estos pacientes en la primera semana postratamiento.

## Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Lockmann A, Seitz CS, Schön MP, Mößner R. Creeping eruption and eosinophilic folliculitis: Atypical cutaneous larva migrans. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:202–4.
- Veraldi S, Persico MC, Francia C, Nazzaro G, Gianotti R. Follicular cutaneous larva migrans: A report of three cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2013;52:327–30.
- Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: A new clinical presentation of this infestation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:628–30.
- Opie KM, Heenan PJ, Delaney TA, Rohr JB. Two cases of eosinophilic pustular folliculitis associated with parasitic infestations. *Australas J Dermatol.* 2003;44:217–9.
- Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, Vandenbos F, Marty P, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: A rare association. *Br J Dermatol.* 2002;147:386–8.
- Van den Enden E, Stevens A, van Gompel A. Treatment of cutaneous larva migrans. *N Engl J Med.* 1998;339:1246–7.
- Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimazava P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: A prospective study, with assessment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis.* 2000;31:493–8.
- Caumes E, Ly F, Bricaire F. Cutaneous larva migrans with folliculitis: Report of seven cases and review of the literature. *Br J Dermatol.* 2002;146:314–6.
- Vanhaecke C, Perignon A, Monsel G, Regnier S, Bricaire F, Caumes E. The efficacy of single dose ivermectin in the treatment of hookworm related cutaneous larva migrans varies depending on the clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:655–7.

Ana Pulido-Pérez\*, Lula María Nieto-Benito,  
Alejandro Sánchez-Herrero y Ricardo Suárez-Fernández

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, España

\* Autora para correspondencia.  
Correo electrónico: [ana.pulido@salud.madrid.org](mailto:ana.pulido@salud.madrid.org) (A. Pulido-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.05.018>  
0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.