



## Diagnóstico a primera vista

### Prurito interdigital y plantar de ambos miembros inferiores

### Interdigital and sole of the feet pruritus



Javier Galán González <sup>a,\*</sup>, Sergio Rico Martín <sup>b</sup>, José María Saponi Cortés <sup>a</sup> y Juan Francisco Sánchez Muñoz-Torrero <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España

<sup>b</sup> Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

#### Descripción clínica del caso

Varón de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por lesiones eritematosas y pruriginosas en ambos pies tras un viaje por Centroamérica una semana antes. Durante su estancia ha frecuentado playas sin uso de chanclas ni otro tipo de calzado. Además, otro compañero que también le acompañó en el viaje presentaba la misma clínica.

La exploración física reveló la presencia de lesiones intradérmicas eritematosas de aspecto serpiginoso y muy pruriginosas, localizadas a nivel interdigital y plantar de ambos pies (fig. 1). El resto de la exploración física, incluida la neurológica, sin hallazgos relevantes.

En la analítica destacaba elevación de IgE de 114 kU/l sin eosinofilia, con el resto de parámetros dentro de la normalidad. Se realizó una radiografía de tórax sin que se objetivaran infiltrados pulmonares, descartándose el síndrome de Löffler.



Figura 1. Lesiones eritematosas serpiginosas en ambos pies (A, B, C).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javier.galan.7@hotmail.es](mailto:javier.galan.7@hotmail.es) (J. Galán González).



**Figura 2.** Resolución de lesiones tras tratamiento con albendazol.

## Evolución

Con el diagnóstico de larva migrans cutánea, recibió un tratamiento inicial con dosis única de 12 mg de ivermectina oral para un peso de 65 kg, con escasa respuesta, iniciándose una segunda línea de tratamiento con albendazol oral 400 mg al día durante 7 días, presentando muy buena evolución clínica y con resolución *ad integrum* de las lesiones (fig. 2).

## Comentario final

En el momento actual, el aumento del turismo a zonas endémicas y los movimientos migratorios han supuesto una mayor incidencia de enfermedades tropicales en Europa<sup>1</sup>. Larva migrans cutánea es un término utilizado para designar las manifestaciones cutáneas secundarias a la infestación por nematodos tras el contacto con suelos contaminados, fundamentalmente en América del Sur y Centroamérica, y también en algunos estados del sur de Estados Unidos. Puede ser producida por diversas especies, siendo *Ancylostoma brasiliense* la más frecuente. El diagnóstico de esta entidad es principalmente clínico, siendo de vital importancia indagar acerca de viajes a zonas endémicas. Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas, serpiginosas y muy pruriginosas, localizándose en las zonas que entran en contacto con el suelo, como son los pies, los miembros inferiores y el tronco<sup>2</sup>. La biopsia cutánea no es necesaria, ya que presenta poca rentabilidad

debido a que en la mayoría de las ocasiones la larva no se encuentra en la lesión visible. Analíticamente puede cursar con eosinofilia y/o aumento de IgE, aunque no son hallazgos constantes. Respecto al tratamiento, las medidas preventivas, como el uso de calzado, son fundamentales. A pesar de que se trata de una enfermedad auto-limitada a 1-3 meses hasta que la larva muere, el intenso prurito y el malestar que ocasiona llevan al inicio de tratamiento. El tratamiento se basa en el uso de albendazol 400 mg/día por vía oral durante tres días, pudiéndose ampliar a siete días en casos de lesiones extensas; o ivermectina 200 µg/kg/día por vía oral durante uno o dos días, generalmente con buena respuesta clínica<sup>2,3</sup>.

Esta entidad debe sospecharse en presencia de lesiones eritematosas y pruriginosas de aspecto serpiginoso en pacientes que han realizado viajes o provienen de zonas endémicas con antecedentes de haber permanecido en contacto con suelos contaminados. Por tanto, es esencial una historia clínica completa para orientar el diagnóstico y, por ende, la elección del tratamiento más adecuado.

## Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas económicas específicas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ju T, Vander Does A, Ingrasci G, Norton SA, Yosipovitch G. Tropical parasitic itch in returned travellers and immigrants from endemic areas. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:2279–90, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.18408>.
2. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis*. 2008;8:302–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70098-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70098-7).
3. Bouchaud O, Houzé S, Schiermann R, Durand R, RalaimazavaP, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travellers: A prospective study, with assessment of therapy with Ivermectin. *Clin Infect Dis*. 2000;31:493–8, <http://dx.doi.org/10.1086/313942>.