



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/7 - Parásito viajero

M. Pons Claramonte^a, E. Cañada Cámara^b, N. Martínez Navarro^b, M. Rodríguez Alonso^c, C. Celada Roldán^d y M. Boksan^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^eMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años sin antecedentes personales importantes ni tratamiento crónico, acudió a consulta de primaria por presentar desde hace dos meses lesión eritematosa en dorso de pie izquierdo que inició tras traumatismo en aguas saladas durante un viaje por malasia. Actualmente refiere prurito de predominio nocturno, y comenta que la lesión ha migrado a región interfalángica 3-4º dedo y posteriormente ha vuelto a desplazarse a región metatarsiana central adquiriendo morfología lineal.

Exploración y pruebas complementarias: Se observan 2 lesiones lineales serpiginosas confluentes de unos 2 cm de diámetro máximo en la región central metatarsiana del dorso del pie izquierdo y lesiones cicatriciales residuales en dorso de 5º dedo y región lateral del pie izquierdo. Se deriva a dermatología y se biopsia la lesión y se inicia tratamiento con ivermectina a dosis de 0,2 mg/kg (12 mg) en dosis única.

Juicio clínico: Larva migrans cutánea.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe establecerse con: larva currens, la larva migrans visceral, miasis, escabiosis, fitofotodermatitis y el eritema crónico migrans.

Comentario final: La larva migrans cutánea se desarrolla en la piel humana tras el contacto con larvas de ciertos nematodos que parasitan animales. El parásito más comúnmente implicado es el ancylostoma braziliense, aunque también se han observado otros como *A. caninum*, *A. ceylonicum*, *A. tubaeforme*. Además puede ser producida por larvas de *A. duodenale* y *Necator americanus* que son parásitos humanos. Su distribución predomina en las zonas húmedas y calientes, sobre todo de las áreas tropicales y subtropicales, las zonas del cuerpo más afectadas son las que están en contacto con el suelo: pies, nalgas y tronco. La evolución es benigna y el proceso es autolimitado por la muerte de la larva entre 1 y 3 meses. Las lesiones son pruriginosas y pueden producirse infecciones sobreañadidas por rascado. Las medidas preventivas consisten en el empleo de calzado y ropa que impidan el contacto con el suelo.

BIBLIOGRAFÍA

- Eichelmann K, Tomecki KJ, Martínez JD. Tropical Dermatology: cutaneous larva migrans, gnathostomiasis, cutaneous amebiasis and trombiculiasis. Semin Cutan Med Surg. 2014;33:133-5.

2. Prickett KA, Ferringer TC. Helminths: a clinical review and update. *Semin Cutan Med Surg*. 2014;33:128-32.