

## 347/283 - DOCTOR, ¿POR QUÉ ME PICA TANTO?

J. Alcazar Peral<sup>a</sup>, B. Crego García<sup>b</sup>, B. Orozco Carratalá<sup>c</sup> y E. Perales Escortell<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 30 años con AP de psoriasis cutánea bien controlada en tratamiento con corticoides tópicos durante brotes, que acude a consulta de Atención Primaria por persistencia de lesión pruriginosa en planta volar de pie desde hace 6 semanas a pesar de haber comenzado por su cuenta con tratamiento corticoideo tópico. El paciente refiere que comenzó con el tratamiento sin consultar con su médico habitual pues la lesión le recordaba a sus lesiones de psoriasis; a pesar de la inusual localización y presentar prurito nocturno muy intenso. Niega fiebre o sensación distérmica. En anamnesis dirigida refiere viaje a Camerún y Nigeria hace 4 meses, donde caminó por zona tropical (bosque y playa) descalzo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normocoloreado, normohidratado, nutrido y bien perfundido. Eupneico. Afebril. No lesiones en piel de codos, muñecas, zona umbilical, cuero cabelludo, rodillas, piernas ni pabellones auriculares. Se observa lesión escamosa eritematosa sobrelevada/tunelizada en zona central de cara volar de pie derecho que se extiende de forma lineal hasta cara medial de pie. Ecografía: se observa túnel debajo de lesión en dermis sin llegar a objetivarse larva.

**Orientación diagnóstica:** Larva migrans cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Psoriasis frente a lesión fúngica frente a parásito.

**Comentario final:** Larva migrans cutánea es una infección cutánea superficial por un parásito nematodo. La lesión característica es una lesión tunelizada eritematosa pruriginosa serpiginosa. Período de incubación es aproximadamente 8 semanas, afectando en un 39% pies, 18% nalgas y 16% abdomen. El tratamiento de elección es ivermectina 200 µg/kg/24h una o dos dosis, como alternativa se puede emplear el albendazol 400 mg cada 24 horas 3/7 días según extensión de la lesión. Se han objetivado casos con resolución espontánea sin necesidad de antibioticoterapia.

### Bibliografía

1. Blackwell V, Vega-López F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveller. Br J Dermatol. 2001;145(3):434-7.
2. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. Int J Dermatol. 1997;36(9):700-3.
3. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Infect Dis. 2000;30(5):811-4.

**Palabras clave:** Infección cutánea. Larva migrans cutánea. Psoriasis.