

Larva migrans cutánea: lesiones múltiples tras viaje a Brasil

L. Campos Muñoz, A. Quesada Cortés, C. Rubio Flores y C. Vidaurrázaga Díaz-Arcaya

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La *larva migrans* cutánea es un proceso secundario a la penetración en la piel de una larva de nematodo que se desplaza por la epidermis. Es típico de zonas tropicales. Su presentación clínica se caracteriza por unos trayectos lineales tortuosos, habitualmente pruriginosos, que se localizan con mayor frecuencia en los pies, aunque pueden aparecer en otras localizaciones. Aunque es un proceso autolimitado suele requerir tratamiento por el intenso prurito que produce y las posibles complicaciones asociadas, principalmente la sobreinfección bacteriana. Presentamos un caso de un paciente con varias lesiones de *larva migrans* cutánea después de realizar un viaje a Brasil.

Palabras clave: larva migrans, nematodo, parásitos.

Cutaneous *larva migrans* is an eruption caused by a nematode larva that penetrates the skin and moves through the epidermis. It is typical of tropical areas. Its clinical presentation is characterized by linear pruritic lesions that are usually serpiginous. This is most often located on the feet, although it may appear in other locations. Although it is a self-limited condition, it generally requires treatment due to the intense itching it produces and the possible associated complications, mainly secondary bacterial infection. We present a case of a male patient with several cutaneous *larva migrans* lesions after having traveled to Brazil.

Key words: larva migrans, nematode, parasites.

INTRODUCCIÓN

La *larva migrans* cutánea es una erupción producida por la infestación de diversos nematodos, la mayoría parásitos intestinales de perros y gatos (*Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliense*). Es una entidad de distribución mundial, más frecuente en zonas tropicales; en nuestro medio es poco habitual y predomina en turistas e inmigrantes¹.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Un varón de 32 años sin antecedentes personales de interés consultó por lesiones cutáneas pruriginosas (figs. 1 y 2) en dorso de pie de 4 semanas de evolución. A pesar del tratamiento con cloxacilina oral, valaciclovir oral y sulfato de zinc tópico, las lesiones se habían extendido a muslo y abdomen. La semana previa a la aparición había realizado un viaje a Brasil, donde había paseado descalzo por la pla-

ya. A la exploración presentaba lesiones eritematoedematosas de trayecto lineal tortuoso en el dorso y la planta del pie derecho, muslo derecho y abdomen, además de lesiones secundarias de rascado. La morfología característica de las lesiones y el antecedente epidemiológico del viaje a Brasil llevaron al diagnóstico de *larva migrans* cutánea. Se instauró tratamiento con albendazol 200 mg cada 12 horas durante 3 días con resolución completa de las lesiones.

DISCUSIÓN

La infección por *larva migrans* se produce por contacto de la piel con arena o suelos contaminados con heces de animales infestados, que eliminan la forma larvaria del nematodo. La larva penetra en la piel a través de los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas, y comienza su migración a través de la epidermis, siendo incapaz de atravesar la membrana basal. El periodo de incubación es variable según las distintas especies de larvas, y suele oscilar entre 1 y 6 días. Es un cuadro autolimitado, pudiendo persistir durante 8 semanas, hasta que muere la larva.

La apariencia clínica es muy característica, con trayectos lineales serpiginosos, de 2-4 mm de anchura, que se extienden por un extremo hasta 2 o 3 cm diarios, conforme avan-

Correspondencia: L. Campos Muñoz.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid.
Correo electrónico: luciacampos78@yahoo.es

Recibido el 17-10-05; aceptado para su publicación el 30-01-06.



Figura 1. Lesión sobreelevada, lineal y serpiginosa en dorso de pie.



Figura 2. El paciente presentaba lesiones similares en muslo y abdomen.

za la larva por la epidermis. Las lesiones son intensamente pruriginosas e incluso dolorosas, y se localizan con mayor frecuencia en los pies, seguidos de glúteos, abdomen, muslo... Se han comunicado otras presentaciones poco frecuentes como foliculitis pustulosa² o lesiones eccematosas³.

La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana. Más raramente puede acompañarse de complicaciones sistémicas del tipo eritema exudativo multiforme⁴ o síndrome de Löffler. El diagnóstico es muy sencillo, dada la típica presentación clínica y epidemiológica, sin precisar ninguna exploración complementaria¹.

Clásicamente se empleaba la crioterapia como tratamiento, pero a menudo no era efectiva, ya que la larva suele localizarse 1 o 2 cm por delante del tracto visible. Actualmente pueden utilizarse indistintamente, y con una eficacia del 77-100% según los estudios: tiabendazol tópico al 10-15% durante 5-10 días, tiabendazol oral 25 mg/kg/12 h durante 3 días, albendazol 400-800 mg/día durante 1-7 días, o dosis única de ivermectina oral 12 mg^{5,6}. Es importante como medida de prevención evitar el contacto cutáneo directo con la arena, especialmente en zonas endémicas, protegidas de la marea, donde la larva sobrevive con facilidad.

Aunque se trata de un cuadro típico de zonas tropicales, es de esperar que seamos consultados con frecuencia por este motivo, dado el aumento de turismo e inmigración. Es interesante por lo tanto su conocimiento ya que el diagnóstico y el manejo son muy sencillos y pueden hacerse desde cualquier consulta de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Changing paradigms in parasitic infections: common dermatological helminthic infections and cutaneous myiasis. *Clin Dermatol.* 2003;21:407-16.
2. 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.
3. Yosipovitch G, Widjanti M, Seow CS, Goh CL. Widespread and unusual presentations of cutaneous *larva migrans* acquired in tropical sandy beach resorts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:284-5.
4. Vaughan K, English J. Cutaneous *larva migrans* complicated by erythema multifforme. *Cutis.* 1998;62:33-5.
5. Blackwell V, Vega-Lopez F. Cutaneous *larva migrans*: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveller. *Br J Dermatol.* 2001;145:434-7.
6. Caumes E, Carriere J, Darty A. A randomised trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous *larva migrans*. *Am J Trop Med Hyg.* 1993;49:641-4.