



CASO CLÍNICO

Larva cutánea migratoria. Caso clínico



Ramón Campillo Campaña^a, David Alonso Peña^{b,*}, Beatriz Bendito Guilarte^a,
Javier Alonso Peña^c, José Vicente García^a y M.^a Elena Arnáiz-García^d

^a Médico interno residente de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Médico especialista en Cirugía Plástica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, exprofesor asociado de la Escuela de Podología, Centro Universitario de Plasencia, Plasencia, Cáceres, España

^c Médico especialista en Medicina Interna, Hospital Virgen del Puerto, profesor asociado de la Escuela de Podología, Centro Universitario de Plasencia, Plasencia, Cáceres, España

^d Médico especialista en Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 9 de mayo de 2016; aceptado el 20 de junio de 2016

Disponible en Internet el 25 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Larva migratoria cutánea;
Ancylostoma braziliense;
Nematodo;
Parásito

KEYWORDS

Cutaneous larva migrans;
Ancylostoma braziliense;
Nematode;
Parasite

Resumen Larva cutánea migratoria supone una enfermedad ocasionada por larvas de nematodos transmitidos por el suelo contaminado con heces de perros y gatos portadores de la enfermedad. El hombre solo supone un huésped accidental, por lo que la enfermedad queda autolimitada; sin embargo, es necesario tratar la infección con el objetivo de paliar el prurito y las alteraciones cutáneas que pueden desarrollar.

Los pies son el lugar en el que con mayor frecuencia asientan las lesiones. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento más empleado en la actualidad es la ivermectina por vía oral en monodosis. Las actividades preventivas resultan de gran utilidad, papel que recae sobre la figura de médicos y podólogos.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cutaneous larva migrans. Case report

Abstract Cutaneous larva migrans is a disease caused by nematode larvae found in cat and/or dog feces and it is transmitted to humans when walking barefoot in contaminated ground. Human beings are only accidental hosts of this parasite, so the disease is self-limiting, although it is necessary to treat the infection in order to relieve the itching and cutaneous alterations that may develop.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dalonsoplasic@telefonica.net, att.cirurgioplastica@yahoo.es (D. Alonso Peña).

Lesions are more often found in feet. Diagnosis is essentially clinic and the treatment commonly applied is ivermectin oral monodose. Preventive measures are called for and physicians and podologists should be in charge of implementing them.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Dentro de las enfermedades producidas por helmintos, las formas generadas por nematodos intestinales son las más frecuentemente vistas a lo largo de todo el mundo. Sin embargo, existen muchas entidades patológicas que afectan a otros tejidos y que pueden verse sobre todo en determinados países o territorios subdesarrollados.

La larva cutánea migratoria es la dermatosis de origen tropical adquirida más frecuente, diagnosticándose en nuestro medio sobre todo en turistas¹. La piel supone el órgano diana, siendo los pies el lugar afectado en más del 50% de los casos, seguidos de nalgas y muslos².

Larva cutánea migratoria y erupción reptante fueron empleados como sinónimos durante muchos años, aunque actualmente se emplean para hacer referencia a distintas entidades. El primer término se refiere a una forma sindrómica concreta, mientras que la erupción reptante se empleaba para nombrar la lesión cutánea que puede aparecer no solo con la *Ancylostoma brasiliense* (*A. brasiliense*), sino también con parásitos como *Ancylostoma caninum* (*A. caninum*), *Loa loa*, *Sarcoptes scabiei* o *Strongyloides stercoralis*, entre otros³.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 33 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por lesiones eritematosas de pequeño tamaño levemente pruriginosas en cara plantar de 4.º y 5.º dedos del pie izquierdo.

Como antecedente refiere un viaje reciente a Brasil, de donde había regresado hace 6 días. La lesión había sido detectada ese mismo día y fue diagnosticada en un primer momento de infección fúngica. El tratamiento con antifúngicos tópicos no consiguió la mejoría del cuadro.

Revisada en consulta externa a las 2 semanas se pudo comprobar la evolución del cuadro, presentándose con lesiones serpiginosas en ambos pies de varios centímetros de longitud acompañadas de lesiones vesiculoampollosas (figs. 1-3).

Como único síntoma acompañante declaraba un prurito de intensidad leve-moderado que no afectaba al sueño de la paciente.

Sobre la base de la clínica y el antecedente del viaje a zonas con condiciones de pobreza y situación de endemia, fue diagnosticada de larva cutánea migrans, para lo cual se



Figura 1 Lesiones serpiginosas en el dorso del pie izquierdo acompañadas de vesículas.



Figura 2 Cara medial del pie izquierdo donde se observa el recorrido de los túneles cutáneos.



Figura 3 Cara plantar de pie izquierdo donde pueden verse las lesiones eritematosas que se presentaron inicialmente en el 4.º y 5.º dedos.

trató con una dosis única de ivermectina ajustada a peso, con resolución del cuadro clínico.

Discusión

A. brasiliense y *A. caninum* son helmintos tipo nematodos, grupo caracterizado por albergar helmintos de gran tamaño con cuerpos cilíndricos no segmentados.

Estos parásitos tienen en perros y gatos sus huéspedes naturales, concretamente a nivel intestinal, siendo el ser humano un huésped accidental donde no cumplen ningún paso evolutivo en su ciclo vital.

Las formas larvarias filariformes penetran a través de la piel intacta y permanecen durante semanas o meses en el estrato cutáneo del anfitrión originando túneles serpenteantes a través de la unión dermoepidérmica, avanzando a razón de 2,7 mm al día⁴. De esta forma, el túnel suele tener unas dimensiones de varios centímetros de longitud, con 2-4 mm de anchura.

La clínica suele manifestarse entre 5 y 16 días tras establecerse el contacto, aunque se han comunicado casos de incubación de meses. Por este motivo, la sintomatología suele observarse tras el retorno de los turistas a su país de origen.

La adquisición de la infección se produce al entrar en contacto con suelo que contenga tierra o arena contaminada con heces de perros o gatos portadores de huevos de *Ancylostoma*.

La larva cutánea migratoria es más frecuente en niños apareciendo sobre todo en los pies, aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y de forma numerosa si el paciente se ha tendido en el suelo.

Las infecciones son frecuentes en regiones tropicales y subtropicales durante todo el año con picos de mayor incidencia en las estaciones lluviosas. Brasil, con prevalencias del 4% en la población general y hasta del 15% en niños, e India son ejemplos de países en situación de endemia⁵.

En países desarrollados pueden verse casos esporádicos en turistas que han viajado a estos países tropicales o incluso casos autóctonos en regiones con climas cálidos y lluviosos.

La larva migratoria cutánea, conocida también como «picor del suelo», puede producir prurito a su paso por los túneles subcutáneos que acompañado del rascado frecuente puede favorecer la sobreinfección bacteriana.

Se han descrito casos de reacciones cutáneas eritematosas y vesiculosas severas.

Procesos inflamatorios locales reactivos a la presencia del parásito pueden darse en un 6-17%, mientras que las lesiones vesiculoampollosas son vistas en 4-40% de los pacientes⁶.

La enfermedad se autolimita en semanas debido a que la larva no puede completar su ciclo vital. Sin embargo, el tratamiento resulta de gran utilidad para tratar el prurito, que puede resultar muy limitante, provocando incluso insomnio.

La sensación pruriginosa puede deberse a movimientos de la larva en la epidermis así como a la liberación de enzimas proinflamatorias como hialuronidasas y metaloproteasas⁷.

La idiosincrasia del individuo desempeña un papel importante en los síntomas manifestados, de manera que los pacientes atópicos podrían desarrollar síntomas cutáneos más floridos.

Las enfermedades por estos tipos de parásitos pueden provocar en un porcentaje nada despreciable de pacientes una reacción de mayor envergadura conocida como síndrome de Löffler, caracterizada por eosinofilia e infiltrados pulmonares transitorios en respuesta a la presencia de larvas en el territorio pulmonar. Esto suele asociarse a infecciones por parásitos como *A. caninum*, que pueden causar un cuadro denominado larva visceral migratoria.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico unido a los datos epidemiológicos recolectados. En caso de sospechar la presencia de un síndrome de Löffler puede ser necesario hacer uso de biopsias cutáneas o muestras de esputo.

Aunque las biopsias cutáneas pueden mostrar la presencia de larvas, lo normal son hallazgos inespecíficos, tales como edema en dermis papilar e infiltrados perivasculares y perifoliculares en porciones superiores de dermis, representado sobre todo por linfocitos y eosinófilos⁸.

Los análisis sanguíneos pueden mostrar eosinofilia, dato común en las infecciones por helmintos.

La supervivencia prolongada de las larvas se asocia a la localización en los folículos pilosos, donde pueden quedar en estado quiescente⁹.

Como tratamiento farmacológico destacan la ivermectina y el albendazol de administración oral, así como el papel del tiabendazol como tratamiento tópico.

El uso de fármacos como los antihistamínicos puede ayudar a controlar el prurito.

La ivermectina se emplea a dosis única a 200 µg por kilogramo de peso, comunicándose tasas de éxito del 77-100%¹⁰.

En países donde la ivermectina no está disponible, el albendazol supone una buena alternativa, administrándose a razón de 400 mg al día durante 5-7 días.

La administración tópica de tiabendazol a concentraciones del 10-15% 3 veces al día durante 5-7 días es una medida eficaz similar al uso de ivermectina¹¹.

Los propietarios de animales de compañía deben ser informados sobre este tipo de enfermedades de cara a tratar la infección helmíntica en su mascota y tomar actitudes preventivas, como la recogida de las heces depositadas en playas, campos, etc.

Resulta importante el empleo de sandalias o calzado apropiado para evitar el contacto en países endémicos.

En conclusión, la larva cutánea migratoria supone una enfermedad típica de países con condiciones de pobreza y climas tropicales; sin embargo, son cada vez más frecuentes los casos vistos en países desarrollados debido al turismo. Por ello, médicos y podólogos deben conocer esta patología para poder desarrollar actividades terapéuticas y preventivas en aquellos pacientes que efectúen viajes a zonas endémicas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Purkait R, Das S, Patra S. Cutaneous larva migrans on upper abdomen: An unusual site. *J Coll Phys Surg Pakistan*. 2015;25:710.
2. 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.
3. Heukelbach J, Hermann F. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis*. 2008;8:302-9.
4. Kincaid L, Klowak M, Klowak S, Boggild AK. Management of imported cutaneous larva migrans: A case series and mini-review. *Trav Med Infect Dis*. 2015;13:382-7.
5. Heukelbach J, Jackson A, Ariza L, Feldmeier H. Prevalence and risk factors of hookworm-related cutaneous larva migrans in a rural community in Brazil. *Ann Trop Med Parasitol*. 2008;102:53-61.
6. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. *J Travel Med*. 2007;14:326-33.
7. Veraldi S, Bottini S, Persico MC, la Vela V. Larva migrans cutanea. Rome: Mediprint; 2010. p. 39-41.
8. Veraldi S, Persico MC, Francia C, Schianchi R. Chronic hookworm-related cutaneous larva migrans. *Int J Infect D*. 2013;17:277-9.
9. Tellería RL, Buján MM, Cervini A. ¿Cuál es su diagnóstico? Larva migrans cutánea. *Arch Argen Pediatr*. 2015;113:75-7.
10. Bouchaud O, Houze 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.
11. Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping eruption. A review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. *Arch Dermatol*. 1993;129:588-91.