

Infestación cutánea diseminada por larva *migrans*



Disseminated cutaneous larva *migrans* infestation

Introducción

La larva cutánea *migrans* es una infestación de la piel causada por la migración subcutánea de larvas de diferentes especies de nematodos. Se trata de un proceso endémico en áreas tropicales y subtropicales. Debido a la creciente inmigración y a los viajes en auge a estas zonas geográficas está aumentando su prevalencia en los países desarrollados en las últimas décadas. Por todo ello creemos conveniente divulgar la existencia de esta dermatosis parasitaria entre los dermatólogos y médicos de atención primaria¹.

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acudió al servicio de urgencias en agosto de 2013 tras un viaje turístico de 3 semanas a una isla ubicada en el mar Caribe. Refería prurito generalizado desde la estancia en dicha isla. Durante el viaje de vuelta a España se percató de la aparición de escasas lesiones de pequeño tamaño en la zona del abdomen. Con el paso de los días las lesiones se tornaron más pruriginosas y aumentaron rápidamente en número, extendiéndose centrifugamente, llegando a abarcar tronco, espalda y las 4 extremidades. A la exploración se observaba la presencia de lesiones eritematoedematosas que describían un trayecto serpiginoso y crecían longitudinalmente 1 cm cada día, aproximadamente (figs. 1 y 2). No presentaba fiebre, artralgias, diarrea ni otras manifestaciones clínicas.

Ante la clínica descrita y el antecedente de viaje a un país exótico, se llegó al diagnóstico clínico de larva cutánea *migrans*. Se inició tratamiento con albendazol 400 mg al día durante 7 días, obteniéndose una resolución completa de las lesiones al finalizar el mismo.

Discusión

La larva *migrans*, llamada también *Creeping eruption* o erupción serpiginosa, es una parasitosis cutánea endémica de áreas tropicales y subtropicales con clima cálido y húmedo. En nuestro medio es poco habitual, predominando en individuos que han acudido a esas zonas aunque existen casos raros de adquisición en países europeos². Fue descrita por primera vez por Lee en 1874 y desde entonces su prevalencia ha ido en aumento afectando a millones de personas cada año³.

Se adquiere por la exposición de la piel a larvas filariformes de parásitos que habitan en el intestino de perros y gatos, las más frecuentes son el *A. caninum* y el *A. braziliensis*. Generalmente la infestación en estos animales es asintomática, aunque puede producir anemia e incluso la muerte de los mismos. Hay que tener en cuenta que las lesiones cutáneas provocadas por *A. duodenal* y *N. americanus* (uncinarias humanas) pueden remedar las características clínicas de las causadas por larva *migrans*⁴.

Los huevos de parásitos se eliminan en las heces de los perros y gatos infestados. Los terrenos húmedos favorecen la supervivencia de los huevos y larvas, lo que hace que aumente la incidencia de esta enfermedad en estaciones lluviosas. La larva, una vez que eclosionan los huevos, precisa penetrar por los folículos pilosebáceos, orificios glandulares o defectos en la barrera cutánea humana, puesto que carece de colagenasa, enzima necesaria para la rotura de la membrana basal de la epidermis. El hombre, por tanto, es un huésped accidental, siendo los huéspedes definitivos el perro y el gato.

El periodo de incubación varía de horas a 4 semanas (media de 10 a 15 días).

A las 24-48 h de la penetración de la larva en la piel humana aparecen unas pápulas rojizas que a los pocos días se convierten en trayectos intraepidérmicos lineales serpiginosos, de 2 a 4 mm de anchura, eritematoedematosos y pruriginosos. Según la especie, la larva se extiende por el extremo, desde varios milímetros a unos pocos centímetros diarios. El prurito puede iniciarse casi inmediatamente desde la penetración de la larva y se especula sobre el papel de ciertas sustancias liberadas por la larva sobre las fibras nerviosas sensitivas. Raramente ocasiona dolor. Generalmente existe una única lesión. En 2002 se describió un caso de infestación masiva en la India⁵. Aunque puede afectar a cualquier parte del cuerpo, la localización dependerá de la zona expuesta; así en adultos frecuentemente se ven implicados los pies por pasear descalzos en zonas de playa y en los niños es más habitual la afectación de nalgas, rodillas y manos⁶. Otras formas clínicas más infrecuentes en la presentación son: lesiones vesículo-ampollosas, foliculitis y, en individuos previamente sensibilizados, eritema multiforme⁷. Extraordinariamente se han descrito casos de afectación visceral, incluyendo el síndrome de Löfller (infiltrados pulmonares con eosinofilia)⁴. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana de las lesiones debido al rascado, pudiendo desarrollarse una glomerulonefritis postestreptocócica en los casos en los que las lesiones permanezcan sobreinfectadas por estreptococo durante mucho tiempo. También puede provocar reacciones alérgicas locales y generales⁸.

Para el diagnóstico, generalmente es suficiente la clínica descrita junto con el antecedente epidemiológico de viaje a zonas endémicas. Se encuentra eosinofilia inespecífica en un 10-30% de los casos que es inespecífica, sin embargo si los niveles de eosinófilos son muy elevados debe ponernos en alerta ante la posible existencia de migración visceral. La biopsia cutánea es poco rentable⁴. *A. caninum* puede detectarse por ELISA, microscopia de epiluminiscencia, TOC y microscopia confocal^{8,9}.

Debe realizarse diagnóstico diferencial con escabiosis, tiña, *loa loa*, esquistosomiasis, miasis, larva *currens* por *S. stercoralis* (en la que la velocidad de migración es más rápida, de 5-10 cm/h), dermatitis de contacto, herpes zoster y otras parasitosis migratorias³.

Sin tratamiento, la enfermedad se autolimita a 2-8 semanas, aunque hay casos descritos en los que permanece hasta un año⁸. El tratamiento es sencillo y permite eliminar en poco tiempo el intenso prurito y evitar su extensión a otras zonas del cuerpo, reduciendo la posibilidad de complicaciones.



Figura 1 Se observan múltiples lesiones serpiginosas en tronco y ambos miembros superiores.

Entre los tratamientos orales, por su eficacia y perfil de seguridad, es de elección la ivermectina a dosis de 200 μ g por kilogramo de peso en dosis única. Alcanza tasas de remisión cercanas al 100%. Está contraindicada en niños menores de 5 años o que pesen menos de 15 kg, en embarazo y lactancia. En todos estos casos, así como en países donde la ivermectina no está disponible, el tratamiento de elección es el albendazol, a dosis de 400 mg al día durante 5-7 días. En infestaciones leves puede bastar



Figura 2 Lesión sobrelevada serpiginosa en antebrazo.

una pauta de 3 días. El tiabendazol oral no se utiliza por sus efectos secundarios, sin embargo el tópico al 10-15% aplicado 3 veces al día durante 7 días es tan efectivo como la ivermectina oral, salvo en lesiones muy extensas. La crioterapia no es muy efectiva debido a la dificultad para identificar la posición exacta del parásito, además de la resistencia del mismo a las bajas temperaturas^{8,10}.

Los turistas que viajan a países endémicos de esta parasitosis deben llevar los pies cubiertos al caminar por la playa y evitar el contacto de ropa con la arena de playas donde se divisen gatos o perros. Sin duda la mejor solución consistiría en prohibir el acceso a las playas de estos animales y recoger las heces tras la deposición⁸.

Como conclusión queremos destacar el aumento de prevalencia de esta dermatosis parasitaria en los países desarrollados en las últimas décadas, debido a la inmigración y a los viajes a países endémicos. En la literatura existen muy pocos casos descritos con una distribución de las lesiones tan amplia como en el nuestro. Las complicaciones son raras, siempre y cuando se establezca un rápido diagnóstico y tratamiento.

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 han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Rueda-Gómez Calcerrada M, Martín-Rodríguez F. Larva cutánea *migrans*. *An Esp Pediatr*. 1996;45:291-2.
2. Tomović M, Skiljević D, Zivanović D, Tanasilović S, Vesić S, Daković Z, et al. Two cases of probable endogenous extensive larva migrans in Serbia. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2008;17:37-40.
3. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis*. 2008;8:302-9.
4. Azanza JM, Pérez JM. Larva *migrans* cutánea: ¿recuerdo exótico de unas vacaciones? *Semergen*. 2009;35:191-3.
5. Sugathan P. Massive infestation of cutanea larva migrans. *Dermatol Online J*. 2002;8:21.
6. Sàbat M, Ribera M. Larva *migrans* cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:443-7.
7. Campos Muñoz A, Quesada Cortés A, Rubio Flores C, Vidaurrázaga Díaz-Arcaya C. Larva *migrans* cutánea: lesiones múltiples tras el viaje a Brasil. *Semergen*. 2007;33:100-1.
8. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. *J Travel Med*. 2007;14:326-33.
9. Upendra Y, Mahajan VK, Mehta KS, Chauhan PS, Chander B. Cutaneous larva migrans. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:418-9.

10. Buñuel Granados JM. Larva migratoria cutánea: diagnóstico y tratamiento de un caso en Atención Primaria. *Semergen*. 2009;35:523-4.

J. González-Ramos^{a,*}, Y. González-Silva^b,
N. Hernández-Cano^a, C. Vidaurrázaga-Arcaya^a
y P. Herranz-Pinto^a

^a *Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gznalezramosjessica@gmail.com
(J. González-Ramos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.006>