



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3166 - UN COSQUILLO EN MI PIE

C. Bedoya Sánchez^a, G. Salvador Salvador^b, S. Bello Benavides^b, R. Pachón Ayuso^c, F. Attardo^a e I. Salvador Salvador^d

^aMédico de Familia. Centro Salud Burgohondo. Ávila. ^bMédico de Familia. SUAP. Ávila. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Piedrahita. Ávila. ^dMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 6 años, sin antecedentes de interés, en tratamiento con permetrina 5% crema por lesiones cutáneas en pie. Acude por persistencia del prurito, dolor y progresión de las lesiones en los últimos días. Viaje reciente a Brasil.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca erupción eritemato-papulosa que parece seguir un trayecto lineal desde región interdigital de 3º y 4º dedos de dorso de pie con posterior cambio de trayectoria sin ser claramente serpiginosa.

Juicio clínico: Larva cutánea migrans.

Diagnóstico diferencial: Sarna; VHZ; dermatitis de contacto.

Comentario final: El antecedente del viaje reciente a Brasil, junto con la clínica, fueron claves para el diagnóstico ya que se trata de una parasitosis endémica de países tropicales. Es una patología con la que debemos familiarizarnos, así como conocer su tratamiento y posibles complicaciones, ya que son cada vez más comunes en países desarrollados debido al turismo. El agente etiológico más frecuente es el *Ancylostoma brasiliense*, helminto cuyos huevos procedentes de las heces de animales infestados sobreviven en terreno húmedo y arenoso (playas, jardines), convirtiéndose en larvas que penetran la piel de pies, nalgas y muslos, alojándose en la epidermis. Aunque por lo general es autolimitada y no se desarrollan síntomas sistémicos debe tratarse para evitar complicaciones siendo la más importante el llamado síndrome de Löfller, caracterizada por eosinofilia e infiltrados pulmonares transitorios como reacción inmunológica de hipersensibilidad que puede darse en algunos pacientes. Ante la ausencia de disponibilidad de posible tratamiento tópico, se optó por albendazol oral 200 mg/12h × 5 días objetivándose remisión del prurito y lesiones a la semana. El tiabendazol y la ivermectina serían otras opciones pero el primero tiene peor tolerancia digestiva y el segundo se suele reservar para fracasos terapéuticos previos.

Bibliografía

1. Tellería RL, Buján MM, Cervini A. ¿Cuál es su diagnóstico? Larva migrans cutánea. Arch Argen Pediatr. 2015;113:75-7.

2. Berenguel Martínez P, et al. Larva migrans cutánea. Imagen inusual dermatológica en España. Med Gen y Fam. 2012;1(4):203-5.

Palabras clave: Larva migratoria. Parásito. Helmintos.