



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2661 - LARVA MIGRANS CUTÁNEA

I. Hernando García^a, J. Fernández Llaca^b, M. González López^b y J. Loricera García^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^bMédico Adjunto de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Adjunto de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por presentar lesiones pruriginosas en mama izquierda, que habían ido progresando durante los últimos días a partir de una lesión papulosa que había aparecido una semana antes. La paciente refería haber estado de vacaciones en varias playas de Tailandia durante las dos semanas anteriores al inicio del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se objetivó la presencia de lesiones eritematosas, sobreelevadas y de trayecto serpiginoso en mama izquierda.

Orientación diagnóstica: Larva migrans cutánea.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse con la dermatitis de contacto, la escabiosis, las fitofotodermatitis, el eritema crónico migratorio, el impétigo ampolloso y las picaduras.

Comentario final: Se denomina larva migrans cutánea a la infestación de la piel por larvas filariformes de anquilostómidos y otros parásitos estrogiloides, generalmente del perro y gato, como *Ancylostoma caninum*, *A. braziliensis*, *Uncinaria stenocephala*, *Gnathostoma spinigerum* o *Bunostomum phlebotomus* (este último parásito de bóvidos) al entrar en contacto la piel con tierra contaminada por heces de animales infestados por estos parásitos. Es un proceso endémico en áreas tropicales y subtropicales, aunque su frecuencia se está incrementando en países desarrollados debido a los viajes, habiéndose descrito recientemente casos de adquisición autóctona. Los estigmas cutáneos son muy característicos, se reconocen con facilidad y el diagnóstico suele ser clínico. Entre los tratamientos por vía oral, destacan el uso de derivados bendimidazólicos como el tiabendazol (25 mg/kg cada 12 horas durante 3 días) o el albendazol (400 mg/día o 200 mg/12 horas durante 3-7 días). La ivermectina es considerada actualmente el tratamiento de elección, ya que presenta una efectividad del 100% y es mejor tolerada que los derivados bendimidazólicos. Se utiliza a una dosis de 200 µg/kg/12 mg) en dosis única. En nuestra paciente, se inició tratamiento con albendazol 400 mg al día durante 5 días con una buena respuesta clínica.

Bibliografía

1. Panés-Rodríguez A, Piera-Tuneu L, López-Pestaña A, et al. Larva migrans cutánea de origen autóctono en Guipúzcoa. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:407-13.
2. Vañó-Galván S, Gil-Mosquera M, Truchuelo M, et al. Cutaneous larva migrans: a case report. *Cases Journal.* 2009;2:112.

Palabras clave: Larva migrans. Áreas tropicales. Derivados bendimidazólicos.