

## Larva migratoria cutánea: diagnóstico y tratamiento de un caso en Atención Primaria

J.M. Buñuel Granados

Centro de Salud de Utebo. Zaragoza. España.

Larva migratoria cutánea es un término que designa una erupción dérmica de carácter lineal y serpingoso, producida por larvas de helmintos. Algunos autores lo denominan también erupción serpingosa.

La etiología más frecuente es el *Ancylostoma braziliense*, que se encuentra en zonas de clima cálido. Dado el aumento de viajes a estas zonas cálidas, es una patología a tener en cuenta en nuestras consultas ante lesiones características.

*Palabras clave:* parasitosis, larva migrans cutánea.

Cutaneous larva migrans is a clinical term that designates a skin eruption of linear and serpinginous character, produced by larvae of helminthes. Some authors also call it serpinginous eruption.

The *Ancylostoma braziliense* is the most frequent etiology, found in zones of warm climate. Given the increase of trips to these warm zones, this disease should be taken into consideration when there are characteristic injuries.

*Key words:* parasitic diseases, cutaneous larva migrans.

### INTRODUCCIÓN

La larva migratoria cutánea (LMC) es una parasitosis, caracterizada por lesiones cutáneas serpinginosas, endémica en regiones cálidas, húmedas, tropicales y subtropicales, pero cada vez más frecuente en otras zonas debido a la frecuencia de viajes a países exóticos.

El agente etiológico más frecuente es el *Ancylostoma braziliense*, un helminto que, como gusano adulto, vive en el intestino de gatos, perros y felinos salvajes. Por sus heces se eliminan numerosos huevos que sobreviven en terreno húmedo y arenoso (playas, jardines), donde se convierten en larvas con capacidad infectante. Al contacto con la piel, la penetran y se alojan en ella.

Inicialmente dan lugar a una lesión papular eritematosa, más frecuentemente localizada en los pies. Después de un tiempo variable, la larva emigra labrando un trayecto intraepidérmico, que se manifiesta como lesión eritematosa, pruriginosa, que sobreeleva la piel, y crece desde algunos milímetros a 2-5 centímetros al día, localizada sobre todo en los pies, nalgas y muslos. Algún caso clínico se ha manifestado sólo en forma de foliculitis<sup>1</sup>.

Correspondencia: J.M. Buñuel Granados.  
Centro de Salud de Utebo.  
Avda. de Navarra 12.  
50180 Utebo. Zaragoza. España.

Correo electrónico: jbuñuelg@medynet.com

Recibido el 02-12-08; aceptado para su publicación el 25-05-09.

La erupción cutánea puede acompañarse de eosinofilia, elevación de la inmunoglobulina E (IgE) e incluso infiltrados pulmonares eosinofílicos (síndrome de Loeffler). Es una enfermedad autolimitada, el ser humano es huésped terminal, donde la larva no puede llegar a adulto termina muriendo y desapareciendo en 1-6 meses<sup>2</sup>.

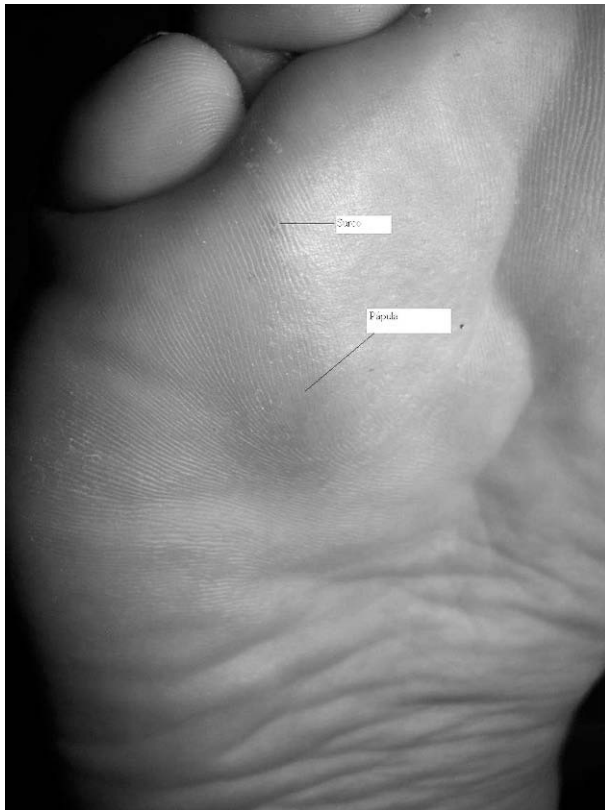
### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 38 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, que acude a consulta por prurito intenso en la planta del pie de unas 2 semanas de evolución. El inicio había coincidido con un viaje a Brasil, donde había ido de vacaciones, y había estado en las playas.

Los primeros días sólo tenía prurito, pero en el momento de la consulta presentaba una pápula eritematosa en la cara plantar de la base de los dedos del pie, que se continuaba con un surco lineal (fig. 1).

Cuando acude a la consulta, el mismo paciente dio la pista del diagnóstico, por ser una infección típica del país que había visitado, conocida por familiares autóctonos del mismo.

Se inició un tratamiento con mebendazol, 100 mg cada 12 horas durante 10 días. Presentó ligera mejoría de los síntomas pero persistía la lesión y algo de prurito, aunque había disminuido. Se pautó entonces mebendazol, 200 mg cada 12 horas durante 10 días, y con esta nueva nueva pauta presentó una curación completa en dicho período de tiempo.



**Figura 1.** Cara plantar de la base de los dedos del pie, en la que se aprecia una pápula eritematosa que se continúa con un surco lineal.

## DISCUSIÓN

Las enfermedades importadas de tipo infeccioso y parasitario están adquiriendo una prevalencia creciente en los países europeos, debido a los movimientos migratorios y al aumento del turismo. La mayor parte de estas enfermedades cursan con síntomas cutáneos, y entre ellas se encuentra la LMC. Por ello, recomendamos conocer las formas de diagnóstico y tratamiento de este helminto.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la evidencia de las lesiones cutáneas con típicos trayectos serpiginosos y muy pruriginosos. Se localiza fundamentalmente en los espacios interdigitales de los pies, nalgas y muslos. Una anamnesis orientada a preguntar al paciente sobre viajes recientes a países tropicales nos ayudará en el diagnóstico.

Existen diversas opciones terapéuticas, tanto tópicos como sistémicas<sup>3-6</sup>.

Actualmente, el uso de albendazol 400-800 mg/día, durante un periodo que puede variar entre dos y siete días, parece ser la primera elección.

Flubendazol (200 mg/día durante 5 días), que actualmente está en fase experimental, parece ofrecer buenas perspectivas para el futuro.

El uso sistémico de tiabendazol, una sola dosis de 50 mg/kg durante 5 días, puede ser eficaz en el caso de que haya lesiones extensas, pero está contraindicado debido a sus efectos secundarios intolerables.

La crioterapia sólo puede aplicarse a un número limitado de lesiones y es poco probable que resuelva el problema debido a la dificultad para identificar la posición exacta del parásito, que por otra parte puede soportar bajas temperaturas.

El tratamiento tópico con tiabendazol requiere varias dosis a lo largo del día que, a veces, originan reacciones irritantes locales y sólo puede aplicarse si las lesiones son poco numerosas y limitadas. Exige especial seguimiento para evitar recaídas.

En el caso que nos ocupa, no se utilizó ninguna de estas pautas porque ya se había iniciado el tratamiento con mebendazol y la evolución era buena. Por ello, sería otra posible alternativa para estudiar en el tratamiento de esta patología.

Lo que sí es importante, es recomendar a nuestros pacientes el uso de calzado adecuado cuando visiten playas tropicales, para evitar la infección con dicha larva. Por otro lado, debido al aumento de los viajes a zonas tropicales, no debemos perder la capacidad de sospecha y tenerla presente en Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Pérez A. Dermatitis por parásitos metazoos. En: García Pérez A, editor. Dermatología clínica. 4.ª ed. Salamanca: Gráficas Cervantes; 1987. p. 31-8.
2. Dandén Tello E, Oñate Cuchet MJ. Dermatitis causadas por artrópodos, helmintos y protozoos. En: Iglesias Díez L, editor. Tratado de dermatología. 1.ª ed. Madrid: Luzán; 1994. p. 55-90.
3. Celano G, Ruatti P. Larva migrans cutánea (*creeping eruption*). Osservazioni su un caso autoctono trattato con albendazolo. Chron Dermatol. 1996;6(4):517-28.
4. Paulizzi P, Magaton Rizzi G, Mattighello P. Larva migrans: report of three cases. Therapeutic advice. J Eur Acad Dermatol Venerol. 1996; 6:89-91.
5. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. Int J Dermatol. 2001;40:67-71.
6. Varela Castro CS, Varela Cerdeira M, Pascual Martín ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha tratamiento en Atención Primaria. MEDIFAM. 2002;12:655-7.