

## CASO CLÍNICO

# Infestación múltiple de Larva Migrans Cutánea: Reporte de un caso.

Dr. Alfredo Chávez,\* Dra. Anette Morán,\*\* Dr. Juan Carlos Gárces,\*\*\* Dr. Enrique Úraga\*\*\*\*

- \* Residente de Segundo año de Posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- \*\* Médico Dermatólogo Centro Privado de Piel “Dr. Enrique Úraga P”
- \*\*\* Médico Dermatopatólogo del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.
- \*\*\*\* Director de Posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil/ Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital “Luis Vernaza”/ Director del Centro Privado de Piel “Dr. Enrique Úraga P”

## RESUMEN

La larva migrans es una parasitosis cutánea, caracterizada por lesiones eritematosas, serpiginosas asociadas a prurito, que afectan generalmente extremidades inferiores, y es más común en áreas tropicales y subtropicales. Es causada por la penetración cutánea accidental y migración epidérmica de nemátodos en estado larvario, siendo las más comunes, *Uncinarias* y *Gnathostomas*. En raras ocasiones, se han observado manifestaciones como lesiones vesiculares, ampollares y foliculitis. Reportamos el caso de un paciente masculino de 37 años de edad con múltiples lesiones serpiginosas, pápulo-vesiculares, acompañado de prurito intenso, localizadas en hemicuerpo izquierdo, posterior a contacto con arena de playa.

Palabras clave: Larva migrans cutánea, infestación múltiple.

## ABSTRACT

The larva migrans is a cutaneous parasitosis, clinically characterized by erythematous, serpiginous injury associated with severe itching, which often affects lower extremities. It corresponds to a common zoonotic dermatosis in tropical and subtropical geographic areas. This ectoparasitosis is due to accidental skin penetration and migration of larval stage nematodes, being commonly produced by *Uncinarias* and *Gnathostomas*, who lives in the intestines of dogs and cats; determining an inflammatory reaction, which are erratic paths, may eventually excoriate and produce a secondary bacterial infection. In rare occasions, there have been demonstrations as vesicular lesions, bullous and folliculitis. We report the case of a male patient aged 37 with multiple serpiginous injury, vesicular papules, accompanied by intense itching, located on the left side of the body, after contact with beach sand.

Keywords: Cutaneous larva migrans, massive infestation.

## INTRODUCCIÓN

La larva migrans es una parasitosis cutánea, caracterizada clínicamente por una lesión eritematosa, serpiginosa, asociada a prurito intenso, que con frecuencia afecta a extremidades inferiores. Corresponde a una dermatosis zoonótica frecuente en áreas geográficas tropicales y subtropicales.<sup>(1)</sup>

Esta ectoparasitosis se debe a la penetración cutánea accidental y migración de nematodos en estado larvario siendo comúnmente producida por *Ancylostomas braziliense*, *Ancylostoma caninum* y *Gnathostoma*, que habitan en el intestino de caninos y felinos; determinando una reacción inflamatoria, que forma trayectos erráticos, pudiendo llegar a escoriarse y producir una sobreinfección bacteriana secundaria. En raras ocasiones, se han observado manifestaciones como lesiones vesiculares, ampollares y foliculitis.<sup>(2,3)</sup>

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

A continuación, presentamos el caso de un paciente masculino, de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la consulta por presentar cuadro clínico de 2 semanas de evolución caracterizado por múltiples lesiones pápulo-vesiculares que confluyen y forman lesiones serpiginosas, de tamaño variado, localizadas en cara externa de brazo izquierdo (Figura 1a), hemiabdomen izquierdo y cara externa de miembro inferior izquierdo (Figura 1b), asociado a prurito de gran



Figura 1a. Múltiples lesiones pápulo vesiculares que confluyen y forman lesiones serpiginosas. Figura 1b. Placa eritematosa con múltiples pápulas y vesículas que forman lesiones serpiginosas.



Figura 2. Dermatoscopia: Se observan trayectos eritematosos y puntos rojizos.

intensidad, posterior a contacto directo en esas zonas con arena de mar al realizar un deporte. El paciente no presentaba otras manifestaciones clínicas. Se realiza examen dermatoscópico de las lesiones encontrando trayectos eritematosos y puntos rojizos. (Figura 2)

Con un diagnóstico clínico presuntivo de larva migrans, se solicitó biopsia y estudio histopatológico de la lesión localizada en hombro derecho, reportando piel con acantosis, espon-

giosis intensa con formación de vesículas espongióticas (Figura 3a). Infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo con abundantes eosinófilos con degranulación y cambios degenerativos del colágeno (figuras en “flama”) (Figura 3b). Se estableció el diagnóstico de larva migrans cutánea, según la relación clínico-histopatológica y se inició tratamiento antiparasitario con ivermectina 200 ug semanales por 3 semanas, observando remisión total del cuadro clínico 5 días posterior al inicio del tratamiento. En la actualidad, no se observan lesiones sin embargo (Figura 4), paciente refiere prurito de leve intensidad en áreas afectadas de manera esporádica.

## DISCUSIÓN

La larva migrans cutánea es un síndrome causado por el contacto de de larvas de nemátodos que parasitan animales domésticos. Los parásitos comúnmente implicados son las uncinarias, siendo el más frecuente el *Ancylostoma braziliense* (caninos y felinos), aunque se han observado también *Ancylostoma caninum* (perros) y *Gnathostoma spinigerum* (perros, gatos y cerdos) e incluso uncinarias que parasitan a los humanos como *A. duodenale* y *Necator americanus*.<sup>(1,2)</sup>

Su distribución es principalmente en regiones de climas cálidos, arenosos y suelos húmedos, como lo son las áreas tropicales y subtropicales. Se han descritos casos en europa y zonas frías, en pacientes que han realizado viajes a sudamérica.<sup>(2,4)</sup>

Los huevos de los nemátodos son excretados con las heces de los perros o gatos, en suelo arenoso, húmedo y cálidos, eclosionan en condiciones adecuadas y dan lugar a larvas rhaditiformes (no infestantes) que se transforman a larvas filariformes (L3) o infectantes. La infestación se

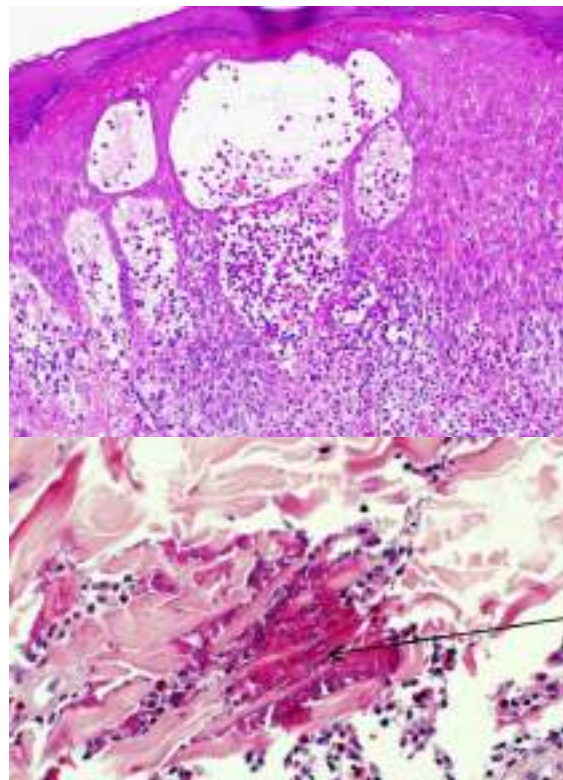


Figura 3a. Piel con acantosis, espongiosis intensa con formación de vesículas espongióticas. Figura 3b. Infiltrado linfocitario perivascular con abundantes eosinófilos con degranulación y cambios degenerativos del colágeno (figuras en “flama”).



Figura 4. Un mes después del tratamiento, no se observan lesiones.

puede dar por vía percutánea, oral y transmamaria; al no poder completar su ciclo permanecen en la capa superficial de la piel.<sup>(4)</sup>

Las larvas filariformes pueden penetrar la epidermis, debido a las enzimas proteolíticas, permitiéndoles migrar, formando túneles serpiginosos y avanzando en la capa basal a una velocidad 1 a 3 cm por día; carecen de colagenasas lo que impide su invasión a la dermis. Las larvas mueren a las 2 u 8 semanas, pudiendo sobrevivir hasta un año; causando reacción inflamatoria tisular, eosinofilia, prurito y elevación de IgE.<sup>(4)</sup>

En cuanto a las manifestaciones clínicas producen una dermatitis no específica o una lesión típica que inicia como una pápula eritematosa y pruriginosa, localizada en el área de la penetración, luego evoluciona a una lesión migratoria que avanza de 1-3 cm por día, errática, eritematoedematosa e hiperpigmentada, continúa hasta que la larva muere, con o sin tratamiento y se forman vesículas o ampollas, que puede conllevar a una sobreinfección bacteriana y generar pústulas más signos de flogosis,<sup>(3,5)</sup> puede afectar cualquier parte del cuerpo expuesta a arena o tierra contaminada, siendo más frecuente en los pies de adultos por caminar descalzos y en niños glúteos, rodillas y manos.<sup>(6)</sup> El motivo de consulta más frecuente es el prurito intenso y se han descrito otras presentaciones clínicas como la vesículo-ampollar, foliculitis, y eritema multiforme en pacientes sensibilizados previamente. La evolución es benigna y autolimitada por la muerte de la larva que oscila entre 2 semanas a 2 meses.<sup>(3,5,7)</sup>

El diagnóstico es clínico-epidemiológico, se basa principalmente en la lesión y el interrogatorio dirigido hacia el antecedente de un viaje reciente a zonas endémicas.<sup>(3)</sup>

El estudio histológico raramente es necesario ya que es poco sensible y poco específico, porque no es frecuente observar la presencia del parásito.

Histológicamente se puede apreciar una epidermis con acantosis, áreas de espongiosis, vesículas subepidérmicas, en la dermis puede presentar vasodilatación e infiltrados inflamatorios con abundantes eosinófilos en la dermis papilar y reticular.<sup>(2)</sup>

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que asiste al diagnóstico clínico, se han descrito patrones dermatoscópicos en la que consideran estructuras marrón translúcidas divididas en segmentos y puntos rojizos, relacionando la presencia del parásito y los trayectos vacíos respectivamente.<sup>(3,4,10)</sup>

El diagnóstico diferencial se realiza con urticaria, fitofotodermatitis, herpes varicela-zoster, escabiosis, larva *currens* por *Strongyloides stercoralis*, eritema crónico migratorio por *Gnathostomiasis* o dermatosis marina (medusas).<sup>(1,11)</sup>

El tratamiento consiste en la aplicación tópica de tiabendazol al 10% o 15% en una cura oclusiva durante 3 días o sin oclusión cada 6 horas al día por 5 días. El tratamiento oral con tiabendazol dosis de 25-50 mg/kg/día por 5 a 15 días o albendazol dosis única de 400 mg/día o 400-800 mg/día por 3-5 días y repetir a los 15 días.<sup>(9,10)</sup> Por último ivermectina oral, dosis única de 150 a 200 ug/kg de peso, observando mejoría a la semana sin recidivas. Además adicionar el uso de antihistamínicos para disminuir el prurito y antibióticos tópicos en caso de sobreinfección.<sup>(1)</sup>

## CONCLUSIÓN

Larva migrans cutánea es un parasitosis endémica de áreas tropicales y subtropicales. La variante ampollar es la presentación clínica menos frecuente, y existen pocos casos reportados.

Dentro de las teorías de la formación de las ampollas se considera una reacción de hipersensibilidad, como resultado de la penetración de la larva hasta la unión dermoepidérmica mediante el uso de hialuronidasa, que causa la migración y genera inflamación más reclutamiento de eosinófilos; y por otro lado, la muerte de la larva posterior a la administración de antiparasitarios.

Aunque comúnmente puede presentarse como una sola lesión, existen reportes de casos de infestación masiva por larva migrans cutánea.<sup>(6,12)</sup>

Si bien la histopatología es poco sensible, porque no se observa el parásito en la biopsia y poco específica ya que otras patologías pueden presentar sintomatología semejante. El diagnóstico es eminentemente clínico-epidemiológico, si observamos lesiones cutáneas serpiginosas eritematopapulares o vesiculares migratorias más el antecedente reciente de haber estado en contacto con arena (viaje a la playa) o tierra, llegaremos a un diagnóstico probable de larva migrans cutánea.

Tenemos otros métodos diagnósticos como la dermatoscopia y la microscopia láser confocal de barrido (CSLM), que nos ayudará a localizar el parásito para realizar su exéresis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sábat M, et al. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002; 93 (7): 443-7.
2. Plascencia A, et al. Larvas migrans cutánea relacionada con *Ancylostomas*. *DermatolRevMex.* 2013; 57: 454-460.
3. Eichelmann K, et al. Tropical dermatology: cutaneous larva migrans, gnathostomiasis, cutaneous amebiasis and trombiculiasis. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery.* 2014; 33: 133-135.
4. Cepeda L, et al. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Revista del Centro Dermatológico Pascua,* 2007, vol. 16, no 2, p. 85-88.
5. Veraldi S, et al. Giant bullous cutaneous larva migrans. *Clinical and Experimental Dermatology.* 2006; 31: 613-614.
6. González-Ramos, J., et al. Infestación cutánea diseminada por larva migrans. *Medicina de Familia-SEMERGEN,* 2015, vol. 41, no 8, p. 458-460
7. González C, et al. Larva migrans cutánea autóctona en Chile. A propósito de un caso. *RevChilPediatric.* 2015; 86 (6): 426-429.
8. Crocker A, et al. Hallazgos dermatoscópicos en larva migrans. *DermatolRevMex.* 2015; 59:98-101
9. Bardel M, et al. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. *ActasDermosifiliogr.* 2008; 99:739-47.
10. Gupta M. Bullous cutaneous larva migrans - A case report. *Journal of Dermatology and Dermatologic Surgery* 20 (2016)65-66.
11. Segura-Tigell Sb. Dermatoscopia en el diagnóstico de las infecciones cutáneas. *Dermoscopy in the diagnosis of skin infections.* *Piel.* 2014; 29(1): 20-28.
12. Sugathan, P. Massive infestation of cutanea larva migrans. *Dermatology online journal,* 2002, vol. 8, no 2.