

M. Rueda Gómez-Calcerrada,  
F. Martín Rodríguez, M. del Cerro  
Herebero, E. López Bran, R. Suárez  
Fernández, F. Sánchez de Paz

*An Esp Pediatr* 1996;45:291-292.

### Introducción

Las larvas migratorias pueden pertenecer a un número de especies parásitas del hombre y animales. Estas larvas deben recorrer un camino por tejidos y órganos del hospedador para alcanzar su localización definitiva y hacerse adultas. Cuando se trata de parásitos que no son específicamente humanos, pueden realizar estas migraciones en el hombre, aunque nunca alcanzarán la forma adulta ni completarán su ciclo vital. Estos cuadros se conocen como larva migrans. Según su localización-evolución clínica se aceptan dos formas distintas, visceral y cutánea.

Llamamos larva migrans cutánea a una parasitosis cutánea adquirida por la exposición de la piel a larvas filariformes de parásitos de perros y gatos, como son *Ancylostoma caninum*, *A. braziliensis*, *A. stenophala* y *Gnathostoma spinigerum* o *Bunostomum phlebotomum* (parásito de bóvidos) o *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus* y *Strongyloides stercoralis* (parásitos del propio hombre)<sup>(1)</sup>, en los que por causas no conocidas la larva filariforme es incapaz de penetrar en la profundidad del tejido cutáneo y emigra por el estrato germinativo de la epidermis.

Las causas más frecuentes de larva migrans son *A. caninum* y *A. braziliensis*. Los huevos de estos parásitos son expulsados en las heces de perros y gatos. En terrenos favorables con humedad, los huevos eclosionan dando lugar a la aparición de larvas rhabditiformes y filariformes, que poseen termotropismo positivo con lo que son atraídas hacia la piel, la cual perforan. Originan túneles desde del punto de entrada, sinuosos, que avanzan hasta 2-5 centímetros al día.

### Observación clínica

La paciente era una niña de 2 años de edad sin antecedentes de interés. Acudió a consultas por presentar desde hacía 5 días una pápula en pie derecho, que había ido creciendo un centímetro diario, evolucionando hacia la formación de un trayecto serpiginoso. Acababa de regresar de un viaje de turismo a Cancún, donde había caminado descalza por la playa.

A la exploración física presentaba una lesión lineal en planta de pie derecho de 3 mm de anchura y 60 mm de longitud,

## Larva cutánea migrans



**Figura 1.** Trayecto serpiginoso de larva cutánea migrans.

tuneliforme, serpiginoso y eritematoso (Fig. 1). El resto de la exploración era normal. Se realizaron hemograma, velocidad de sedimentación, bioquímica, radiografía de tórax y determinaciones de IgE sin alteraciones. El tratamiento fue con tiabendazol oral, 30 mg/kg/día durante 5 días, con buena evolución, desapareciendo el prurito al segundo día de tratamiento y con detención del crecimiento del surco a los 3 días. Curación a las dos semanas.

### Discusión

La larva cutánea migrans es una parasitosis cutánea endémica de áreas tropicales y subtropicales, siendo rara en nuestro medio, donde la mayoría de los casos son importados de América Central, Sudamérica, África y más recientemente de Malasia o Tailandia<sup>(2)</sup>. No por ello debemos olvidar que también hay ca-

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico «San Carlos». Madrid.

Correspondencia: María Rueda Gómez-Calcerrada.

C/ Virtudes, 26. 28010 Madrid.

Recibido: Septiembre 1995

Aceptado: Febrero 1996

sos descritos de adquisición autóctona<sup>(3)</sup>. El mayor número de casos descritos últimamente se deben al aumento del turismo en dichas áreas, consecuencia de la mayor facilidad para viajar. Esta niña había estado recientemente en una playa de México. Afecta a personas en torno a los 30 años<sup>(4)</sup>, aunque también hay algún caso descrito en niños mayores de 5 años. En este caso la niña tenía tan sólo 2 años de edad. La localización depende de la zona cutánea expuesta, siendo común en adultos en los pies por pasear descalzos sin protección y en los niños en nalgas, manos y rodillas<sup>(2,4)</sup>.

La clínica del caso es típica, con aparición a las pocas horas en el sitio de penetración de una dermatitis pruriginosa, inespecífica, que evoluciona hacia una lesión serpenteante, delgada, tuneliforme y algo sobreelevada. El síntoma más frecuentemente descrito es el prurito<sup>(4)</sup>. En ocasiones puede producir dolor, hinchazón local e incluso un rash vesículo ampolloso. Algunos autores encuentran eosinofilia hasta en un 10-30%, incluso síndrome de Löffler<sup>(5)</sup>. En este caso no hubo eosinofilia y la radiografía de tórax no mostró alteraciones.

El diagnóstico se basa en la clínica típica y los antecedentes epidemiológicos de un viaje reciente a zonas endémicas.

Sin tratamiento se autolimita en 2 u 8 semanas, aunque existen casos de permanencia durante un año<sup>(6)</sup>. Se han empleado tratamientos locales mediante congelación con nitrógeno líquido, sin muy buenos resultados por la dificultad para identificar la zona exacta del trayecto donde se encuentra la larva, el dolor y las posibles cicatrices residuales. El tiabendazol tópico en o/w al 15% dos veces al día durante 5 a 10 días, disminuye los efectos indeseables de los tratamientos orales, aunque existe la posibilidad de una dermatitis de contacto. Es necesario aplicarlo en toda la zona de migración larvaria y sólo es recomendada para casos con un número limitado de lesiones. En cuanto a los tratamientos por vía oral existen varias posibilidades. El tiabendazol oral a dosis de 50 mg/kg/día consigue curaciones del 90%, aunque se han descrito múltiples efectos secundarios, que aparecen varias horas después de las tomas y ceden en menos de 24 horas<sup>(7)</sup>, como náuseas, molestias gastrointestinales, vértigos, vómitos<sup>(7)</sup> que la mayoría de las veces no son de intensidad suficiente para interrumpir el tratamiento. Esta paciente fue

tratada con tiabendazol a dosis de 30 mg/kg/día durante 5 días. No presentó efectos secundarios. Otros tratamientos que podremos usar en el futuro son el albendazol empleado a dosis única de 400 mg/día o 200 mg/12 horas durante 3 días consecutivos, con gran efectividad y mejor tolerancia<sup>(7)</sup>. Los efectos indeseables aparecerían únicamente con tratamientos largos como los usados en el quiste hidatídico<sup>(9)</sup>, consistiendo en alteraciones de la bioquímica hepática, neutropenia y fiebre<sup>(8)</sup>. Otra alternativa es la ivermectina en dosis única de 200 µg/kg de peso y cuya inocuidad queda demostrada con los tratamientos de otras helmintiasis con este mismo fármaco<sup>(6)</sup>.

No hay que olvidar que se puede evitar esta infección tomando medidas preventivas al ir a playas tropicales que sean frecuentadas por perros, eligiendo zonas limpias por el influjo de las mareas y evitando el contacto directo de la arena con la piel. La mejor solución consistiría en prohibir el acceso a las playas de los perros.

## Bibliografía

- 1 Pumarola A, Rodríguez-Torres A, García-Rodríguez JA, Piédroma-Angulo G. Microbiología y parasitología, 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1987; págs. 884-885.
- 2 Rubio S, Ruiz L, Gascón J, Corachán M. Larva migrans cutánea en viajeros. *Med Clin (Barc)* 1992;**98**:224-226.
- 3 Nicol M. Cutaneous larva migrans. *Arch Emerg Med* 1990;**7**:118-120.
- 4 Davies H, Sakuls P, Keystone J. Creeping Eruption: A review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. *Arch Dermatol* 1993;**129**:588-591.
- 5 Guill M, Odom R. Larva migrans complicated by Löffler's syndrome. *Arch Dermatol* 1978;**114**:1525-1526.
- 6 Caumes E, Datry A, Paris L, Danis M, Gentilini M. Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans. *Arch Dermatol* 1992;**128**:994-995.
- 7 Caumes E, Gentilini M. Traitement de la larva migrans cutanée ankylostomienne. *Ann Dermatol Venereol* 1993;**120**:571-573.
- 8 Jones JK, Reynolds NJ, Oliwiecki S, Harman RRM. Oral albendazol for the treatment of cutaneous larva migrans. *Br J Dermatol* 1990;**122**:99-101.
- 9 Rodilla F, Colomina J, Magraner J. Current treatment recommendations for cutaneous larva migrans. *Ann Pharmacother* 1994;**28**:672-673.