

Larva migrans cutánea: ¿una enfermedad poco reconocida?

Cutaneous larva migrans: an underrecognized disease?

Larva migrans cutânea: uma doença pouco reconhecida?

Roberto Rodríguez García¹, Roberto Rodríguez Silva²

RESUMEN

El síndrome de larva migrans cutánea se presenta con cierta frecuencia, con un cuadro clínico característico: lesiones epidérmicas que siguen una trayectoria lineal o serpiginosa elevada, con prurito intenso en el sitio de la lesión; sin embargo, a pesar de esto en muchas ocasiones no se diagnostica correctamente. El tratamiento es sencillo a base de albendazol o ivermectina, con excelentes resultados. El objetivo de este trabajo, es llamar la atención de los médicos sobre la enfermedad, y puedan llegar a un diagnóstico y tratamiento acertado.

Palabras clave: síndrome de larva migrans cutánea, tratamiento

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans syndrome occurs with some frequency, with a characteristic clinical picture: epidermal lesions that follow a linear or raised serpiginous path, with intense itching at the lesion site; however, despite this, it is often not diagnosed correctly. Treatment is simple based on albendazole or ivermectin, with excellent results. The objective of this work is to draw the attention of doctors to the disease, so that they can reach a correct diagnosis and treatment.

Key words: Cutaneous larva migrans syndrome, treatment

RESUMO

A síndrome da larva migrans cutânea ocorre com certa frequência, com quadro clínico característico: lesões epidérmicas que seguem trajeto serpiginoso linear ou elevado, com prurido intenso no local da lesão; no entanto, apesar disso, muitas vezes não é diagnosticado corretamente. O tratamento é simples à base de albendazol ou ivermectina, com excelentes resultados. O objetivo deste trabalho é chamar a atenção dos médicos para a doença, para que possam chegar a um correto diagnóstico e tratamento.

¹ Socio titular, Academia Mexicana de Pediatría, Minatitlán, Veracruz. ORCID: 0000-0002-8654-0766.

² Médico Residente, Unidad de Medicina Familiar 61, Instituto Mexicano del Seguro Social, Boca del Río, Veracruz, México. ORCID: 0000-0002-0236-2721.

Recibido: 17 de diciembre de 2021

Aceptado: 21 de febrero de 2022

Correspondencia:

Dr. Roberto Rodríguez García, Managua 55, colonia Nueva Mina, CP 96734, Minatitlán, Veracruz, México.
rorogapediatr@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Rodríguez R, Rodríguez R. Larva migrans cutánea: ¿una enfermedad poco reconocida?. UO Medical Affairs. 2022; 1(1):55-57.

Palabras clave: síndrome da larva migrans cutánea, tratamiento

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea (LMC) una infección zoonótica causada por la penetración y migración en la epidermis de larvas de perros y gatos. Endémica en zonas tropicales y subtropicales de todo el mundo y representa el 10 % de las dermatosis de viajeros.¹ En México, predomina en las costas de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Oaxaca, Yucatán y Guerrero.²

Se estima que la población mundial de perros supera los 500 millones. Aunque los perros aportan muchas ventajas a la vida humana están asociados con muchos organismos potencialmente zoonóticos de origen parasitario.³ En un estudio epidemiológico de parasitosis intestinales en perros de Medellín, Veracruz, de 101 perros estudiados, 99 (98 %) estaban parasitados; de los que puede causar LMC fueron: *Ancylostoma caninum* 89 (88,1 %) y *Uncinaria stenocephala* 43 (42,6 %).⁴

La infección humana es accidental, al entrar en contacto con arena o suelo contaminados con excrementos de animales infectados con nematodos del tipo *Ancylostoma braziliense*, *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala*. En los humanos, estas larvas no pueden atravesar la membrana basal de la epidermis y, por lo tanto, no pueden continuar su desarrollo normal a gusanos adultos.¹ Como consecuencia migran al azar en la epidermis, produciendo una trayectoria lineal o serpiginosa elevada. La picazón intensa está relacionada con una importante morbilidad asociada al prurito, como escoriaciones y superinfección bacteriana de las lesiones.¹ Las larvas que penetran a través de la piel, migran de uno a dos cm por día. Es más frecuente en las extremidades inferiores; inicia con una pápula que evoluciona a trayectos sinuosos o serpiginosos, ampollosos, con descamación y eritema, son muy pruriginosas y secundariamente se puede impetiginizar (**Figura 1**).² Los factores de riesgo conocidos son el sexo masculino, edad temprana, caminar descalzo, la pobreza y la presencia de heces en el suelo. Las precipitaciones pluviales, el suelo húmedo conducen al desarrollo y la transmisión de larvas de nematodos que dependen de un clima favorable. La alta humedad del

suelo y la humedad atmosférica mejoran el desarrollo y la supervivencia de los huevos y las larvas. La lluvia, además, dispersa las larvas y los huevos sobre una superficie de suelo más grande.¹

El diagnóstico es clínico y se apoya con el antecedente epidemiológico. El diagnóstico diferencial de hacerse con escabiosis, tiña del cuerpo y dermatitis por contacto.²

A pesar de que la imagen clínica es característica, en muchas ocasiones no se llega a un diagnóstico oportuno.²

Medidas de prevención al viajar a la playa: usar sandalias, no acostarse o enterrarse en la arena, así como campañas de desparasitación a perros y gatos, así como evitar la defecación de estos al aire libre.⁵

La enfermedad es autolimitada; sin embargo, si la infección es local, se puede probar primero con una solución tópica de tiabendazol al 10 % o un ungüento al 15 %. La crema se aplica de dos a tres veces al día durante cinco a diez días. Pequeños estudios han demostrado que la mejora del prurito puede ocurrir tan pronto como 48 horas después de comenzar el tratamiento, y se han logrado tasas de curación de hasta el 98 % en diez días. La mayor ventaja de la terapia tópica es la falta de absorción sistémica y los efectos secundarios. Aun así, el uso está limitado por múltiples aplicaciones diarias y la utilidad es menos valiosa en pacientes con múltiples lesiones.

Históricamente, la enfermedad local se ha tratado con crioterapia. Sin embargo, se ha demostrado que la congelación del borde delantero de la piel con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o cloruro de etileno es en gran medida ineficaz y debe evitarse.⁶

Para lesiones múltiples o infestación severa, el albendazol y la ivermectina son terapias sistémicas de primera línea.

La ivermectina oral también es eficaz y su ventaja es que el paciente solo tiene que tomar una dosis única de 12 mg por vía oral. Tasas de curación cercanas al 100 % con la administración de ivermectina.⁶

El mebendazol es otro agente antihelmíntico; sin embargo, tiene poca biodisponibilidad, absorción y, en consecuencia, poca eficacia y no debe usarse

como medicamento de primera línea. También son ineficaces los esteroides tópicos, los esteroides orales y los antibióticos. Si bien los corticosteroides sistémicos pueden reducir la picazón, el perfil de efectos secundarios limita su utilidad.⁶

Además de la terapia farmacológica, la prohibición de perros en las playas puede disminuir la deposición de larvas en el suelo. En particular, las toallas no protegen constantemente contra la transmisión, pero usar calzado protector puede ser efectivo.⁶

La LMC es causada con mayor frecuencia por las larvas de *Ancylostoma brasiliense* (anquilostomiasis de perros y gatos) y, con menos frecuencia, por *Ancylostoma caninum* (anquilostomiasis de perros).⁶ El albendazol en dosis de 400 mg diarios durante cinco días mostró resultados bastante buenos en 15 de 18 pacientes con larva migrans cutánea. Sin embargo, se informó un período más largo de uso de albendazol oral (400 mg diarios), durante 10 a 21 días, en cinco casos de LMC sobre las nalgas y las regiones perianales en niños. La aplicación tópica de crema de albendazol al 4 % sobre las lesiones cutáneas afectadas de tres casos de LMC también mostró efectos en dos adultos y un niño.⁷

REFERENCIAS

- Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes OS, Ignatius R, et al.** Epidemiology and morbidity of hookworm-related cutaneous larva migrans (HrCLM): Results of a cohort study over a period of six months in a resource-poor community in Manaus, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2018 [citado 2021];12(7): e0006662. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006662>. Referenciado en PubMed PMID: 30024875.
- Bueno GM, Cisneros DA, Reyes B, Morales AY.** Cutaneous larva migrans. *Acta Med* [Internet]. 2019 [citado 2021];17(2):187-188. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87330&IDPUBLICACION=8351&IDREVISTA=32&NOMBRE=Acta%20M%E9dica%20Grupo%20C1ngeles>.
- Kohansal MH, Fazaeli A, Nourian A, Hani-loo A, Kamali K.** Dogs' gastrointestinal para-

sites and their association with public health in Iran. *J Vet Res* [Internet]. 2017 [citado 2021];61(2):189-195. Disponible en: <http://doi.10.1515/jvetres-2017-0024>. Referenciado en PubMed PMID: 29978072.

- Alvarado C, Romero D, Aguilar M, Cruz A, Ibarra N, Perez de León AA.** Epidemiological assessment of intestinal parasitic infections in dogs at animal shelter in Veracruz, Mexico. *Asian Pac JTrop Biomed* [Internet]. 2015 [citado 2021];5(1):34-39. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2221169115301672>.
- González CG, Galilea NM, Pizarro K.** Larva migrans cutánea autóctona en Chile. A propósito de un caso. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 2021];86(6):328-329. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0370-4106&lng=es&nrm=iso.
- Maxfield L, Crane JS.** Cutaneous Larva Migrans [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2022 [citado 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939528/>
- Jong Ch, Bong J, Sung H.** Albendazole and Mebendazole as Anti-Parasitic and Anti-Cancer Agents: an Update. *Korean J Parasitol* [Internet]. 2021 [citado 2021];59(3):189-225. Disponible en: <http://doi.10.3347/kjp.2021.59.3.189>. Referenciado en PubMed PMID: 34218593.



Figura 1. Lesión en la palma de la mano, ampollosa, eritematosa, y serpiginosa elevada.