

A. Agustí-Mejías<sup>a,\*</sup>, F. Messeguer Badia<sup>b</sup>, P. Agustí Mejías<sup>c</sup>,  
I. Febrer<sup>a</sup>  
y V. Alegre-de Miquel<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

<sup>c</sup> Universitat de València

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [annaagusti@comv.es](mailto:annaagusti@comv.es) (A. Agustí-Mejías).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.05.004

## Larva migrans cutánea, a propósito de un caso

### Cutaneous larva migrans: presentation of a case

Sr. Editor:

La larva migrans cutánea es una parasitosis típica de climas tropicales y subtropicales. Sin embargo, la incidencia de esta patología en nuestro medio se ha incrementado en los últimos años debido a los movimientos migratorios y al turismo a países endémicos. No obstante, se han descrito casos de larva migrans cutánea en pacientes de países europeos sin antecedente de viaje a zonas de riesgo<sup>1</sup>. Los principales agentes causales son *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum*. Los huevos de estos parásitos se encuentran en las heces de perros y gatos que no han sido correctamente tratados con antihelmínticos<sup>2</sup>. Se desarrollan en suelos arenosos y húmedos hasta alcanzar la forma de larva con capacidad infectiva. Al entrar en contacto con el huésped humano penetra en la epidermis de zonas expuestas, e inicia su migración dando lugar a la clínica dermatológica<sup>1-3</sup>.

A continuación se presenta el caso de una paciente de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar una lesión dérmica en muñeca derecha de 10 días de evolución, coincidiendo su aparición con una estancia en Brasil. Desde hace 3 días asocia lesión de similares características en tercer dedo de mano izquierda. Ha sido tratada hasta el momento con antifúngicos tópicos sin éxito.

En la exploración física se aprecia una pápula eritematosa seguida de una lesión de morfología serpiginosa de 4 centímetros de longitud en muñeca derecha (fig. 1) y otra lesión similar con costra impetiginizada en su porción distal en tercer dedo de mano izquierda (fig. 2). Se llega al diagnóstico de Larva migrans cutánea y se pauta tratamiento con tiabendazol tópico y metilsulfóxido ungüento durante 7 días.

El diagnóstico de esta entidad se basa en la clínica y la historia de viaje reciente a zonas endémicas (Centro y Sur de América, África, y algunas regiones de Asia)<sup>4</sup> y posibilidad de exposición al parásito. De este modo se evita un retraso en el inicio del tratamiento y sucesivas visitas a los centros de atención primaria y urgencias que en ocasiones finalizan en las consultas de dermatología. Debe sospecharse en pacientes con lesiones dérmicas pruriginosas en forma de tracto sobrelevado, eritematoso, lineal o serpiginoso<sup>5</sup>.

El curso de la enfermedad es autolimitado. La larva no puede completar su ciclo vital y muere espontáneamente semanas después del inicio del cuadro. No obstante, el prurito es un síntoma que puede ser severo provocando incluso insomnio<sup>6</sup>. Las pruebas complementarias no confirman el diagnóstico. El hallazgo de laboratorio más frecuente es la eosinofilia, dato común en las infecciones helmínticas en general<sup>7</sup>.

El tratamiento más indicado es el tiabendazol tópico en concentración al 10-15% 3 veces al día durante 5-7 días. Una alternativa es la ivermectina vía oral (dosis única 200 microgramos por kilogramo de peso) aunque no se ha mostrado más eficaz que el tiabendazol tópico y presenta mayor número de efectos adversos estando contraindicado



Figura 1 Lesión de morfología serpiginosa de 4 centímetros de longitud en muñeca derecha.



Figura 2 Lesión sobrelevada con costra impetiginizada en su porción más distal en dorso de tercer dedo de mano izquierda.

en niños menores de 5 años o con un peso inferior a los 15 kilogramos<sup>2</sup>.

Desde nuestra experiencia, es importante prevenir a la familia de las dificultades que pueden existir para encontrar estos medicamentos en la presentación adecuada en España, dado lo infrecuente del cuadro, por lo que hay que indicar a las farmacias la fórmula magistral y forma de presentación que queremos pautar. Así mismo informar de las medidas higiénicas a seguir ante nuevas situaciones de riesgo (por ejemplo, mediante el uso de sandalias al caminar por las playas)<sup>8</sup> es fundamental para evitar la reinfección.

## Bibliografía

1. Kineast A, Bialek R, Hoeger PH. Cutaneous larva migrans in northern Germany. *Eu J Pediatr*. 2007;166:1183–5.
  2. Heukelbach J, Jackson A, Ariza L, Feldmeier H. Prevalence and risk factors of hookworm-related cutaneous larva migrans in a rural community in Brazil. *Ann Trop Med Parasitol*. 2008;102:53–61.
  3. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis*. 2008;8:302–9.
  4. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutánea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Dermatol*. 2001;40:67–71.
  5. Guilles HM. Soil-transmitted helminthes (geohelminths). En: Cook GC, Zumla A, editores. *Manson's Tropical Diseases*. 21 ed London: Saunders; 2004. p. 1527–60.
  6. Jakson A, Heukelbach J, Calheiros CM, Soares VL, Harms G, Feldmeier H. A study in a community in Brazil in which cutaneous larva migrans is endemic. *Clin Infect Dis*. 2006;43:13–8.
  7. Simon M, Simon N. Cutaneous Larva, Migrans. *Pediatr Emerg Care*. 2003;19:350–2.
  8. Araujo FR, Araujo C, Werneck MR, Gorski A. Larva migrans cutánea em crianças de uma escola em área do Centro-Oeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2000;34:84–5.
- V. Rosel Moyano<sup>a,\*</sup>, G. González García<sup>a</sup>, M. Arqued Navaz<sup>a</sup>, R. Conejero del Mazo<sup>b</sup>  
y M. Lorda Espés<sup>b</sup>
- <sup>a</sup> *Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*  
<sup>b</sup> *Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*
- \* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: kanirove84@hotmail.com*  
(V. Rosel Moyano).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.06.009