

Caso clínico: larva migrans cutánea

José Daniel Sánchez Redrobán[1]; Jonathan Andrés Salazar Carpio[1]

1. Ecuatoriano - Universidad UTE - Facultad de Ciencias de la Salud "Eugenio Espejo".

Doi: <https://doi.org/10.23936/pfr.v6i1.197>

Recibido: 20/12/2020 Aprobado: 23/02/2021

Cómo citar este artículo

Sánchez, J., Salazar, J. Caso Clínico: Larva Migrans Cutánea. *Práctica Familiar Rural*. 2021 marzo; 6(1).

Compartir en:



Resumen

La Larva Migrans Cutánea (LMC) es una infección cutánea, autolimitada, provocada principalmente por la especie de helmintos *Ancylostoma*, el cual produce una infección accidental al ser humano en zonas tropicales. Las enfermedades producidas por helmintos y que son transmitidas a través del suelo afectan mundialmente a aproximadamente más de dos mil millones de personas (1). El diagnóstico es básicamente clínico y epidemiológico. Los autores presentan un caso clínico pediátrico en Nueva Loja - Sucumbíos (*Amazonia Ecuatoriana*) y realizan una revisión acerca de esta patología infecciosa.

Palabras clave: larva migrans cutánea, pediatría, reporte de caso, Ecuador

Clinical case: cutaneous larva migrans

Abstract

Cutaneous Migrans Larva (CML) is a self-limited skin infection caused mainly by the helminth species *Ancylostoma*, which accidentally infects humans in tropical areas. The diseases produced by helminths and transmitted through the soil affect more than two billion people worldwide (1). The diagnosis is basically clinical and epidemiological. The authors present a pediatric clinical case in Nueva Loja - Sucumbíos (Ecuadorian Amazon) and review about this infectious pathology.

Key words: cutaneous larva migrans, pediatrics, case report, Ecuador

Presentación del caso

Niña de 7 años, sin antecedentes clínicos de interés, que acudió a consulta externa del centro médico ACOPSAS - Nueva Loja, debido a intenso prurito en la zona interdigital y plantar del pie izquierdo, de 4 días de evolución. En la anamnesis se evidencia el uso irregular de sandalias o zapatos, además se menciona en la entrevista que en los alrededores de su residencia hay presencia de heces de perros y algunas veces de gato. No refería fiebre ni ninguna otra manifestación sistémica. Seis días antes había regresado tras un viaje a Shushufindi de una semana de duración, sin evidencia de algún tipo de exposición definida. En la primera exploración física que realizamos presentaba en las zonas interdigitales varias lesiones pápulo-eritematosas, con superficie excoriada y costrosa, junto con surcos serpiginosos intraepidérmicos de 30 mm de longitud (Figura. 1 y 2).

Figura 1.

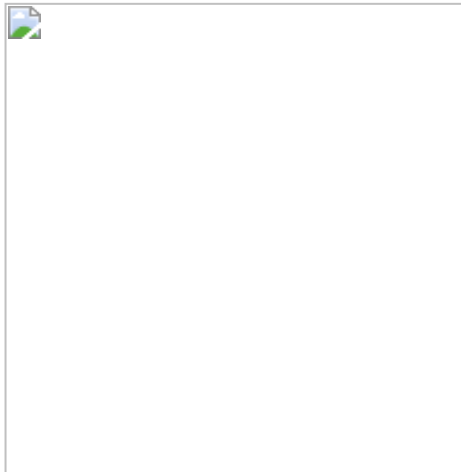
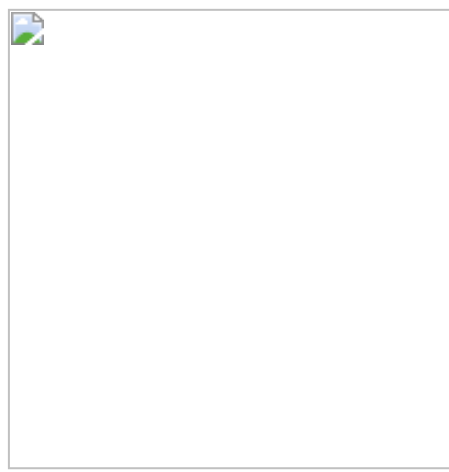


Figura 2.



Niña de 7 años con una lesión palpable serpiginosa en la planta del pie derecho, consistente con una el diagnóstico de la larva migratoria cutánea (CLM).

Se realizaron pruebas complementarias: hemograma, función hepática y coprológico, sin alteraciones. Se procedió a tratamiento con albendazol 200 mg cada 12 horas durante cinco días, junto con un antihistamínico, con evolución favorable, ya que desaparecieron progresivamente las lesiones en el transcurso de siete días, posterior al tratamiento.

Epidemiología

Esta infección por helmintos denominada LMC (Larva Migrans Cutánea) es una enfermedad de distribución mundial que se presenta en climas cálidos (*áreas tropicales y subtropicales*) (2), junto con condiciones específicas de humedad, sombra y suelo arenoso contaminados con heces de gato y/o perros portadores de los huevos, componen un terreno propicio para la infección. A esta condición debe añadirse factores como la falta de protección de la piel del ser humano - siendo esta una infección aberrante en la que el huésped intermediario no es necesario para el desarrollo del parásito, pero que sirve para mantener su ciclo vital- y su prolongada exposición, estos son factores que facilitan la penetración de la larva infectante (L3. Figura 3), por lo que hace de esta condición una infección principalmente susceptible en los niños y niñas descalzos.

Características clínicas

La inflamación empieza a las pocas horas de la infección cuando se presenta una dermatitis “inespecífica”. En cuestión de días a meses las larvas comienzan a migrar produciendo las características lesiones: una erupción serpiginosa eritematosa (*creeping eruption*) en forma de canales únicos o múltiples, ondulados y ligeramente elevados de 2 a 5 mm de ancho que avanza a una velocidad promedio de 1 a 3 cm al día. Este

labrado intradérmico genera intenso prurito y edema por lo que no es raro encontrar una impetiginización secundaria a las excoriaciones. Con respecto a los sitios de infección más frecuentes se han evidenciado lesiones en diferentes lugares del cuerpo (Tabla 1). Las extremidades inferiores son las más afectadas en al menos las dos terceras partes de los casos, sin embargo la literatura reporta casos en espalda y cabeza. A veces suele coexistir con el síndrome de Loeffler o enteritis eosinofílica, por lo que se debe hacer una distinción cuando se maneja estos casos.

Tabla 1. Sitios de infección frecuentes:

Dorso y planta de los pies.

Espacios intertriginosos en pies, muslos, glúteos, manos.

Región urogenital

Etiología

El principal agente causante es el *Ancylostoma braziliense*, un helminto que vive en el intestino de perros y gatos, sin embargo existen otras especies menos frecuentes que dan las similares características clínicas como: el *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala* y *Bunostomum phlebotomum*. (3) Los parásitos del género *Ancylostoma* se caracterizan por poseer un borde ventral de la capsula bucal de uno a cuatro pares de dientes. Las características distintivas y especies causantes de este tipo de infección se describen a continuación. (Tabla 2).

Tabla 2. Principales agentes causantes de LMC:

Especies:	Características distintivas:
<i>Ancylostoma braziliense</i> (Perro y gato)	Lesiones en forma de surcos migratorios pruriginosos, que avanzan 1 a 3 cm/día.
<i>Ancylostoma caninum</i> (Perro)	Lesiones papulares, raro lineales; desaparecen en 2 semanas.
<i>Uncinaria stenocephala</i> (Perro europeo)	Similar al <i>A. braziliense</i> .
<i>Bunostomum phlebotomum</i> (Ganado)	Pápulas con pocos milímetros de migración; cura en 2 semanas.
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Banda similar a urticaria en área perianal o glúteos, con migración hasta de 10 cm/hora; es crónica e intermitente por años.
<i>Strongyloides myopotami</i> (Nutria)	Lesiones maculopapulares serpiginosas.
<i>Capillaria sp.</i>	Tractos lineales, prurito intenso.
<i>Gnathostoma sp.</i> (Gato, perro, cerdo y felinos salvajes)	Episodios intermitentes de nódulos subcutáneos eritematosos; migración limitada de las lesiones; puede recurrir por años.

Diagnóstico

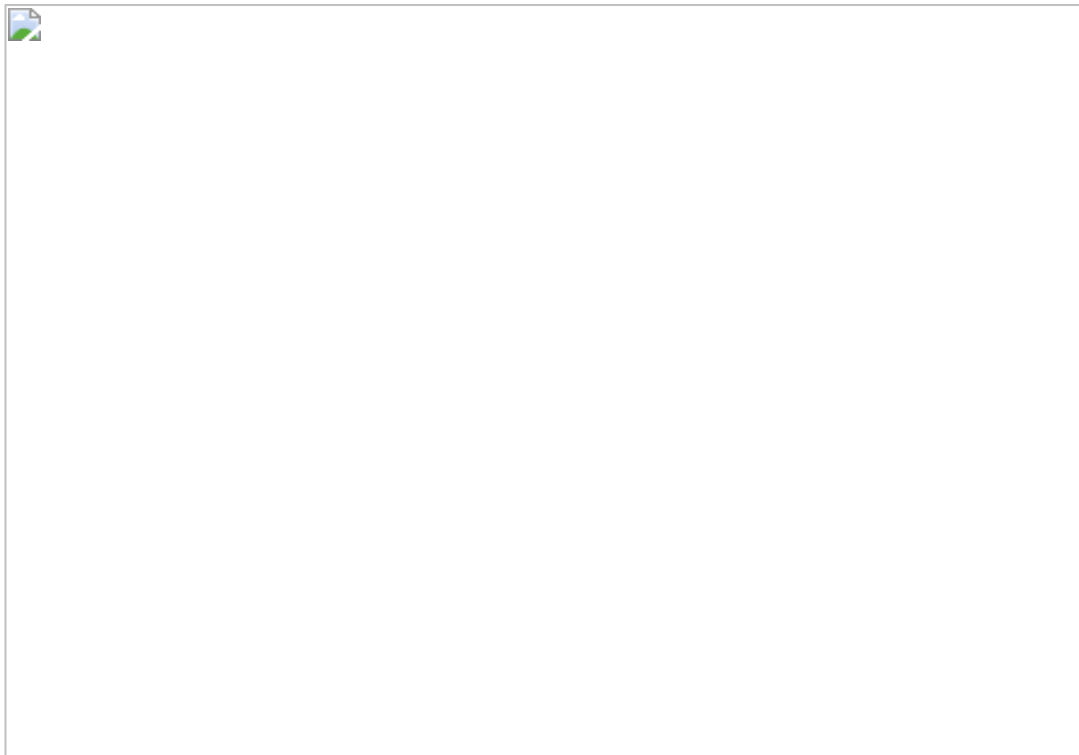
El diagnóstico es principalmente clínico y epidemiológico, Las pruebas complementarias no juegan un rol decisivo, sin embargo en el hemograma suele presentarse eosinofilia en pocos casos. La biopsia de piel tiene poca utilidad práctica, y quizás únicamente ayuda a identificar la especie, y es difícil de realizar pues la larva se halla de 0.5 a 1 cm más allá que del final del túnel. (4)

Ciclo biológico

El ciclo biológico del *Ancylostoma* (Figura 3) comienza cuando la hembra del *Ancylostoma* deposita en el intestino del perro o gato un promedio de 10 000 a 20 000 huevos al día, tomando en cuenta que el promedio de vida de este helminto dentro del animal es de 6 a 8 días. Al caer estos junto con las heces en el terreno preparado eclosionan en un periodo de 1 a 2 días y posteriormente pasan por dos mudas (L1 a L3. Figura 3) y se convierte en la larva rhabditiforme o infectante al quinto día; tienen un promedio de vida de menos de una semana en este medio. Posteriormente la larva migra guiada por su sensibilidad a la vibración, calor y desprendimiento de dióxido de carbono (CO₂) y se prende a un folículo piloso, pues este brinda la suficiente tracción para poder penetrar a la piel, sin embargo no se ha descartado la posibilidad de ingreso por los folículos sudoríparos, grietas o hasta llegando a la zona de la piel entre epidermis y dermis, justo por encima de la capa basal, abriéndose camino por su capacidad de secretar enzimas proteolíticas: metaloproteinasas y hialuronidasas, principalmente. Después de 6 a 8 semanas aproximadamente sin tratamiento muere por inanición al agotarse las reservas alimentarias (*Infección auto limitada*). Sin embargo durante este periodo es donde más sintomatología causa al paciente. (5)

En el caso de que la infección dérmica se diera en el huésped animal, este sigue el ciclo con la penetración de la larva al torrente sanguíneo y su posterior localización pulmonar. (6)

Figura 3. Ciclo de vida biológico del *Ancylostoma*



En la actualidad se está empleando terapias no invasivas como la epiluminiscencia lo cual ayuda a visualizar la larva *in situ*. (7)

Tratamiento

El tratamiento de elección en nuestro caso es el Albendazol: 400 miligramos vía oral por 3 días. También se ha usado el congelamiento del área con cloroetilo o nitrógeno en los extremos del túnel, sin embargo la última revisión aún se halla en debate. (8).

Las opciones terapéuticas en la actualidad se detallan a continuación (Tabla 3):

Tabla 3. Opciones terapéuticas de LMC:

Ivermectina: niños ≥ 15 kg y adultos:
200 microgramos / kg por vía oral en
dosis única.

Albendazol: niños de 1 a 2 años: 200
mg por vía oral una vez al día durante 3
días; niños ≥ 2 años y adultos: 400 mg
por vía oral una vez al día durante 3
días

Dada la rápida respuesta a la terapia antihelmíntica dada y propuesta, ni los corticosteroides tópicos ni los antihistamínicos son tratamientos recomendados para la LMC.

Complicaciones

El seguimiento del caso es imprescindible. Las complicaciones aunque poco frecuentes se hallan documentadas en tres eventos importantes: 1. Infección bacteriana sobreañadida, (8) 2. Neumonitis eosinofílica 3. Eritema multiforme.

Conclusiones

La LMC es una dermatosis habitualmente autolimitada relacionada con la convivencia de animales domésticos (perros y gatos) que habitan en zonas tropicales, los niños son los principales afectados lo ideal es la prevención evitando el contacto con la limpieza, higiene y uso de calzado adecuado. Finalmente hay que indicar que los grupos poblacionales más afectados son los pediátricos y el riesgo de reinfecciones es considerable.

Consentimiento informado

El paciente firmó el consentimiento para la publicación del caso con fines académicos y anonimizando sus datos de identificación.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). World Health Organization and partners unveil new coordinated approach to treat millions suffering from neglected tropical diseases. 2010. Available at [URL]: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr60/en>
2. Bowman DD, Montgomery SP, Zajac AM, Eberhard ML, Kazacos KR, Hookworms of dogs and cats as agents of cutaneous larva migrans, *Trends Parasitol.* 2010 Apr.26 (4): 162-7
3. Heukelbach J, Feldmeier H, Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis.* 2008 May; 8(5):302-9.
4. Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping eruption: a review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit, *Arch Dermatol*, 1993, vol. 129 (pg. 588-91)
5. CDC. Zoonotic hookworms. In: CfDCa P, editor. *Global Health – Division of Parasitic Diseases* Atlanta; 2014. https://www.cdc.gov/parasites/zoonotichookworm/health_professionals/index.html.
6. Eric Caumes, Treatment of Cutaneous Larva Migrans, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 30, Issue 5, May 2000, Pages 811–814.

7. Veraldi S, Schianchi R, Carrera C. Epiluminescence microscopy in cutaneous larva migrans. *Acta Derm Venereol.* 2000 May;80(3):233.
8. Jørgensen AR Zarchi K. Pronounced larva migrans with secondary MRSA infection. *Lancet Infect Dis.* 2019 Sep;19(9):1