

## Larva *migrans* cutánea. Presentación de 8 casos

Mireia Sàbat Santandreu, Miquel Ribera Pibernat, Isabel Bielsa Narsol, Jordi Rex Cavalle y Carlos Ferrándiz Foraster  
Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Resumen.**—El término larva *migrans* cutánea se aplica a la infestación de la piel por larvas de helmintos. Se caracteriza en la clínica por lesiones serpiginosas que avanzan por uno de sus extremos. Es un proceso endémico en áreas tropicales y subtropicales, aunque últimamente su frecuencia ha aumentado en otras zonas geográficas debido al incremento de los viajes a aquellas áreas.

Se presenta una serie de 8 pacientes, 4 mujeres y 4 varones con edades comprendidas entre los 22 y los 45 años, que con el diagnóstico de larva *migrans* cutánea se han recogido en nuestro servicio durante los últimos 11 años. Siete de ellos acababan de regresar de una zona endémica cuando las lesiones aparecieron, mientras que uno negaba haber viajado al extranjero. En 4 de ellos se realizó una biopsia cutánea. Las lesiones curaron tras la biopsia en un caso y tras el tratamiento con tiabendazol y albendazol oral en 4 y tres casos, respectivamente. Uno de ellos había sido tratado inicialmente sin éxito con mebendazol oral. No se observaron efectos secundarios.

La presentación clínica de esta entidad en forma de lesiones pruriginosas y serpiginosas que avanzan por uno de sus extremos, es característica y permite un fácil diagnóstico. Los fármacos más aceptados para el tratamiento por su eficacia y la menor frecuencia de efectos secundarios son el albendazol y la ivermectina.

**Palabras clave:** larva *migrans* cutánea, tiabendazol, albendazol.

Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster C. Larva *migrans* cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(7): 443-7.

### CUTANEOUS LARVA *MIGRANS*. A REPORT OF EIGHT CASES

**Abstract.**—Cutaneous larva *migrans* is a clinical term which refers to a cutaneous itching eruption characterized by serpiginous moving lesions due to the presence of parasites in the skin. This is an endemic process in tropical and subtropical areas, but it is becoming more common in developed countries with the popularity of tropical countries as holiday destinations.

We report a series of 4 men and 4 women from 22 to 45 years of age, diagnosed of cutaneous larva *migrans* in our department during the last eleven years. Seven of them had just been in endemic areas just before the disease started and the other one was considered as an autocton case. A skin biopsy was done in 4 patients. The lesions disappeared after biopsy in one case, while the other 7 patients cure after oral thiabendazole or albendazole. One of them had initially been treated with oral mebendazole without result. No side effects were complained or observed.

The clinical presentation of this disease with itchy, serpiginous and moving lesions is characteristic and makes the diagnosis easy. The most accepted treatment, for their efficacy and less frequency of adverse effects, is albendazole or ivermectine.

**Key words:** creeping eruption, cutaneous larva *migrans*, larva *migrans*, thiabendazole, albendazole.

### INTRODUCCIÓN

El término larva *migrans* cutánea se aplica a la infestación de la piel por larvas de helmintos. El cuadro clínico se caracteriza por lesiones serpiginosas que avanzan por uno de sus extremos. Es un proceso endémico en las áreas tropicales y subtropicales en el tercer mundo, si bien su frecuencia ha ido aumentando en los países desarrollados a medida que la posibilidad de viajar a estas zonas geográficas se ha incrementado.

### PACIENTES Y MÉTODO

Presentamos 8 pacientes con un cuadro típico de esta entidad, visitados en nuestro servicio durante el

período de tiempo comprendido entre los años 1990 y 2001.

Se trata de 4 mujeres y 4 varones con edades comprendidas entre los 22 y los 45 años (edad media: 31 años). En 4 de ellos se realizó una biopsia cutánea. La primera visita de control se realizó a los 7 días del diagnóstico y se efectuó un nuevo control a las tres semanas con el fin de conocer la respuesta al tratamiento.

### RESULTADOS

En la **tabla 1** se recogen las principales características epidemiológicas, clínicas y microscópicas de los 8 pacientes. En todos los casos se pudo recoger el antecedente de un viaje reciente a zonas endémicas de la enfermedad, excepto en uno, que únicamente refería contacto cotidiano con perros. La localización más frecuente fue el pie (4 casos) (**figs. 1 y 2**), seguida de la mama (2 casos) (**fig. 3**). El tiempo medio de evolución de las lesiones antes de la consulta fue de 24,3

#### Correspondencia:

Carlos Ferrándiz Foraster. Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Carretera del Canyet, s/ n. 08916 Barcelona. Correo electrónico: mireiasabat@mixmail.com

Aceptado el 2 de mayo de 2002.

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DE LA SERIE

Paciente	Edad/ sexo	Viaje	Localización	Tiempo evolución	Número lesiones	Biopsia	Tratamiento	Dosis	Curación
1	36/mujer	Tailandia	Nalga	5 días	1	Sí	No		Sí
2	28/mujer	Cancún	Mama	1 mes	3	Sí	Tiabendazol	25 mg/kg/12 horas 5 días	Sí
3	22/varón	No	Primer dedo mano	3 semanas	1	Sí	Tiabendazol	25 mg/kg/12 horas 5 días	Sí
4	45/varón	Brasil	Planta	1 mes	1	Sí (resto de parásito en dermis profunda)	Albendazol	400 mg/día 3 días	Sí
5	28/mujer	Bali Jamaica	Mama	2 meses	1	No	Tiabendazol	25 mg/kg/12 horas 5 días	Sí
6	35/varón	Senegal	Dorso pie	2 semanas	1	No	Mebendazol	100 mg/12 horas 3 días	No Tiabendazol 25 mg/kg/ 12 horas 3 días
7	27/varón	Cuba	Pie y pierna	3 semanas	2	No	Albendazol	200 mg/12 horas 3 días	Sí
8	32/mujer	Senegal	Planta	2 semanas	1	No	Albendazol	200 mg/12 horas 5 días	Sí

días. En cuanto al tratamiento en los pacientes tratados con tiabendazol (tres casos) y con albendazol (tres casos) se observó la curación de las lesiones a los 7 días. Un paciente recibió tratamiento con mebendazol durante tres días, pero las lesiones progresaron, por lo que a las dos semanas se administró tiabendazol, consiguiendo la curación clínica. En un caso no fue necesario realizar tratamiento alguno, ya que la lesión curó tras la biopsia cutánea.



Fig. 1.—Lesión serpigínea y eritematosa localizada en el pie con ampolla en su extremo.

En 4 pacientes se realizó una biopsia cutánea y en todos ellos los hallazgos fueron similares (fig. 4). Se observaron espacios redondeados y relativamente delimitados en las capas altas y medias de la epidermis. En estos espacios, además de la espongirosis y del exudado de aspecto fibrinoide, se observaban abundantes eosinófilos y queratinocitos necróticos en la periferia. Las lesiones coincidían en algún momento con la zona del infundíbulo folicular, existiendo entonces perifoliculitis y edema perifolicular intenso rico en eosinófilos. En la dermis se observó un edema muy importante y un infiltrado inflamatorio crónico con abundantes eosinófilos. En un caso se pudo comprobar la presencia de restos del parásito en la dermis profunda.



Fig. 2.—Múltiples lesiones de larva *migrans* cutánea en el dorso del pie.



Fig. 3.—Trayecto serpiginoso localizado en la mama.

## DISCUSIÓN

La larva *migrans* cutànea es una enfermedad que se desarrolla en la piel humana tras el contacto con larvas de ciertos nematodos que parasitan animales. El parásito más comúnmente implicado es el *Ancylostoma braziliense* (perros, gatos y felinos), aunque también se han observado otros como *A. caninum* (perros, en América), *A. ceylonicum*, *A. tubaeforme* (perros y gatos), *Uncinaria stenocephala* (perros en Europa), *Bunostomum phlebotomum* (ganado vacuno), *Gnastostoma spinigerum*, *hispidum* (gatos, perros, cerdos y felinos) y *Pelodera strongyloides*. Además puede ser producida por larvas de *A. duodenale* y *Necator americanus*, parásitos humanos.

Su distribución predomina en las zonas húmedas y calientes, sobre todo de las áreas tropicales y subtropicales. Los huevos de los nematodos son excretados con las heces, generalmente de perros y gatos. Maduran hacia la forma no infecciosa de larva rābbitiforme en uno ó dos días. Crece aproximadamente durante 5 días, cuando el calor y la humedad son apropiados. Entonces se transforman en la forma infecciosa de larva filariforme, que permanece en el suelo hasta que se

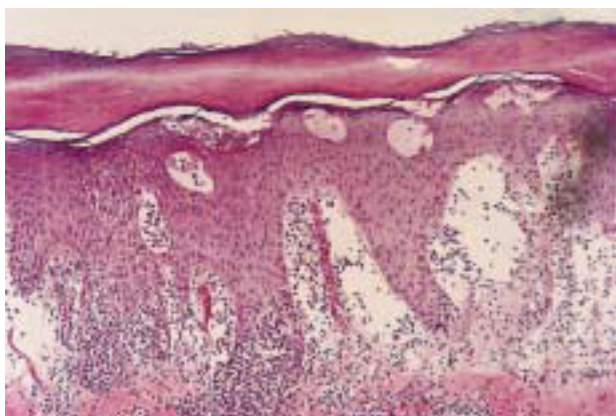


Fig. 4.—Histopatología. Espacios redondeados intraepidérmicos correspondientes al túnel parasitario.

ponen en contacto con la piel del huésped primario (perros, gatos, etc.), en la que penetran y son transportadas vía linfática y venosa hacia los pulmones. Pasan a los alvéolos, la tráquea y son regurgitados. Maduran en el intestino del huésped y producen huevos que son excretados por las heces, completando así su ciclo vital. En ocasiones, la forma infecciosa de larva filariforme penetra en la piel humana, permanece en ésta sin completar su ciclo vital, ya que no puede atravesar la membrana basal por carecer de las enzimas necesarias para cruzarla<sup>1</sup>. Excepcionalmente puede atravesarla y producir un cuadro de larva *migrans* visceral. Estudios experimentales muestran que la larva penetra a través de los folículos pilosos y los orificios de las glándulas sudoríparas<sup>2</sup>.

Las zonas del cuerpo más afectadas son las que se ponen en contacto con el suelo: pies, nalgas y tronco<sup>3</sup>, como ocurrió en nuestros pacientes. A las 24-48 horas de que la larva penetre en la piel aparece en este lugar una pápula eritematosa y muy pruriginosa. Las larvas pueden permanecer inmóviles durante semanas o meses, o empiezan a migrar de inmediato, desplazándose a razón de unos 2-5 cm por día. El túnel serpiginoso y de pocos milímetros de ancho que labra a su paso se traduce en la clínica por una lesión lineal de color rojizo claro en un principio y más oscuro después. La parte más antigua de la lesión se torna seca, descamativa y costrosa, pudiendo dejar cambios discrómicos transitorios después de la curación. No es infrecuente encontrar múltiples lesiones debidas a la penetración de más de una larva como sucedió en dos de nuestros casos.

La evolución es habitualmente benigna y el proceso se autolimita por la muerte de la larva en un período de tiempo que oscila entre 1 y 3 meses en la mayoría de los casos. Las lesiones son muy pruriginosas y pueden producirse infecciones sobreañadidas por el rascamiento. El hecho de que en nuestros pacientes no se observara sobreinfección bacteriana reflejaría una buena higiene y un tratamiento precoz.

El diagnóstico es clínico y se basa en el aspecto característico de la lesión y en el interrogatorio dirigido hacia la posibilidad de un viaje reciente a una zona endémica. La biopsia no es necesaria, y además es poco rentable para localizar la larva, ya que ésta suele estar más allá de la lesión visible. Cuando se realiza la biopsia los hallazgos histológicos sugieren un proceso parasitario, ya que suelen observarse eosinófilos en la dermis superficial y unos espacios vacíos redondeados a una altura semejante en la epidermis, que corresponden al túnel labrado por el parásito. La existencia de queratinocitos necróticos en torno a dichos espacios también orienta hacia una causa exógena del proceso. El hallazgo de pústulas eosinófilas en los infundibulos foliculares, junto al túnel epidérmico, podría indicar el lugar de penetración del parásito. En el interior de los túneles puede hallarse el parásito, lo

que permite mediante su identificación establecer un diagnóstico de certeza; sin embargo, esto ocurre en pocos casos, por lo que el reconocimiento de estos cambios secundarios al paso del parásito es muy importante para el diagnóstico<sup>4</sup>.

El diagnóstico diferencial de la larva *migrans* cutánea debe establecerse con la larva *currens*, la larva *migrans* visceral, miasis, escabiosis<sup>5</sup>, fitofotodermatitis y el eritema crónico *migrans*. Debido a la autoinfestación desde el recto humano a la piel perianal, la larva *currens* (*S. stercoralis*) produce en esta localización bandas lineales urticariales que se distinguen de la larva *migrans* cutánea por la rápida extensión del surco (aproximadamente 5-10 cm/hora). El diagnóstico diferencial entre la escabiosis y la larva *migrans* cutánea no es siempre fácil, especialmente si esta última presenta manifestaciones atípicas en las extremidades superiores.

Las medidas preventivas consisten en el empleo de calzado y ropa que impidan el contacto con el suelo.

Respecto al tratamiento se han utilizado varios métodos para destruir la larva, como el calor o el frío local con nieve carbónica o nitrógeno líquido. Estos procedimientos son inadecuados, ya que la lesión clínica traduce la reacción inflamatoria frente a la larva, pero no se correlaciona con la localización exacta del parásito<sup>3,6</sup>. Su uso está desaconsejado en la actualidad, ya que son procedimientos dolorosos y existen alternativas terapéuticas menos traumáticas<sup>7</sup> y eficaces.

La aplicación local de tiabendazol al 10% o al 15% en una cura oclusiva durante tres días, o sin oclusión 4 veces al día durante una semana, ha sido el tratamiento de elección hasta hace poco, pero no está comercializado en nuestro país. Como efectos secundarios menores se ha observado ocasionalmente escozor, eritema o edema en el lugar de la aplicación<sup>1</sup>. La principal ventaja de este tratamiento tópico es la ausencia de efectos secundarios sistémicos<sup>6</sup>. Los inconvenientes son que no es útil en las lesiones múltiples y es incómodo, ya que requiere numerosas aplicaciones diarias durante varios días<sup>6</sup>.

El tratamiento oral se realiza con diversos derivados benzimidazólicos (tiabendazol, albendazol), cuyo mecanismo de acción es desconocido. El tiabendazol (Triasox<sup>®</sup>) por vía oral es eficaz en el 99% de los casos<sup>1</sup>. La dosis recomendada es de 25 mg/kg/12 horas durante tres días. Limita su uso la alta incidencia de efectos secundarios<sup>9</sup> moderadamente graves, pero reversibles, que incluyen vértigo, anorexia, náuseas, cefalea, vómitos y diarrea<sup>1,10,11</sup>. También se ha descrito el desarrollo de eritema multiforme, necrólisis epidérmica tóxica, convulsiones y alteraciones mentales<sup>12</sup>.

El albendazol (Escazole<sup>®</sup>), que se administra en dosis única de 400 mg/día o 200 mg/12 horas<sup>13,14</sup> durante tres días, produce una rápida mejoría en 24 horas y la completa resolución de las lesiones en una o dos semanas<sup>1</sup>. Sin embargo, la recurrencia después de tres días

de tratamiento ha sido descrita en infestaciones graves<sup>15</sup>. Puede ocasionar trastornos gastrointestinales leves. Otros efectos indeseables tales como alopecia transitoria, alteración de la bioquímica hepática, neutropenia y fiebre, aparecerían en tratamientos prolongados como los que precisa el quiste hidatídico<sup>12,16,17</sup>.

Recientemente se ha ensayado como tratamiento oral la ivermectina<sup>18</sup>, administrada en una sola dosis de 200 µg/kg de peso (12 mg)<sup>19</sup>, sin que se hayan descrito efectos secundarios. En este estudio, el 100% de los 10 pacientes tratados con ivermectina curaron sin evidencia de recidiva<sup>20</sup>. Otros fármacos que se han utilizado son la clorfeniramina, dietilcarbamacina y el mebendazol, con resultados variables.

## CONCLUSIONES

La larva *migrans* cutánea es un proceso con una expresión clínica característica de fácil reconocimiento, que además aparece en un paciente que acaba de regresar de un viaje a una zona tropical o subtropical. En cuanto al tratamiento, tanto el albendazol como la ivermectina muestran una eficacia y tolerancia similar en el tratamiento de la larva *migrans* cutánea, y probablemente debamos considerarlos como el tratamiento de elección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Elliot DL, Tolle SW, Goldberg L, Miller JB. Pet-associated illnesses. *N Engl J Med* 1985;313:985-95.
2. Herbert D, Davies, Sakuls P, Keystibe JS. Creeping eruption. *Arch Dermatol* 1993;129:588-91.
3. Blackwell V, Vega-López F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveller. *Br J Dermatol* 2001;145:434-7.
4. Adell MT, Ribera M, Vaquero M, Ferrándiz C. Larva migrans cutánea. Estudio de tres casos. *Piel* 1991;6:370-3.
5. Jelinek T, Maiwald H, Nothdurft HD, Löscher T. Cutaneous larva migrans in travelers: synopsis of symptoms, and treatments of 98 patients. *Clin Inf Diseases* 1994;19:1062-6.
6. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000;30:811-4.
7. Guil M, Odom R. Larva migrans complicated by Löffler's syndrome. *Arch Dermatol* 1978;114:1525-6.
8. Loughrey MB, Irvine AD, Girdwood RWA, McMillan JC. Cutaneous larva migrans; the case for routine oral treatment. *Br J Dermatol* 1997;137:149-61.
9. Rubio S, Ruiz L, Gascón J, Corachán M. Larva migrans cutánea en viajeros. *Med Clin (Barc)* 1992;98:224-6.
10. Kurgansky D, Burnett JW. Creeping eruption. *Cutis* 1990;45:399-400.
11. Rueda M, Martín F, Cerro M, López E, Suárez R, Sánchez F. Larva cutánea migrans. *Ann Esp Pediatr* 1996;45:291-2.
12. Rodilla F, Colomina J, Magraner J. Current treatment recommendations for cutaneous larva migrans. *Ann Pharmacother* 1994;28:672-3.

13. Orihuela A, Torres J. Single dose of albendazole in the treatment of cutaneous larva migrans. Arch Dermatol 1990; 126:398-9.
14. Verladi S, Rizzietelli G. Effectiveness of a new therapeutic with albendazole in cutaneous larva migrans. Eur J Dermatol 1999;9:352-3.
15. Jones SK. Cutaneous larva migrans-recurrens. Br J Dermatol 1994;130:546.
16. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. Int J Dermatol 1997;36:700-3.
17. Jones SK, Reynolds NJ, Oliwiecki S, Harman RRM. Oral albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. Br J Dermatol 1990;122:99-101.
18. Caumes E, Datry A, Paria L, Danins M, Gentilini M. Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans. Arch Dermatol 1992;128:994-5.
19. Van den Endem E, Setevens A, Van Gompel A. Treatment of cutaneous larva migrans. N Engl J Med 1998;22:1246-7.
20. Caumes E, Carriere J, Datry A. A randomised trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. Am J Trop Med Hyg 1993;49:641-4.