

y tranquilizar a pacientes y a familiares dado su carácter autolimitado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kikuchi M. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytosis: a clinicopathological study. *Acta Hematol Jpn.* 1972;35:379–80.
2. Fujimoto Y, Kojima Y, Yamaguchi K. Cervical subacute necrotizing lymphadenitis. A new clinicopathological entity. *Naika.* 1972;920–7.
3. Dorfman, R.F., Bery, G.J., Dorfman RF, Bery GJ. Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis: an analysis of 108 cases with emphasis on differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol* 5: 329–345.
4. Bosch X, Guilabert A, Miquel R, Campo E. Enigmatic Kikuchi-Fujimoto disease: A comprehensive review. *Am J Clin Pathol.* 2004;122:141–52.
5. Kikuchi M, Takeshita M, Eimoto T, Iwasaki H, Minamishima Y, Maedo Y. Histiocytic necrotizing lymphadenitis: clinicopathologic immunologic and HLA typing study. En: Hanoaka M, Kadin ME, Mikata A, editores. *Lymphoid malignancy: immunocytologic and cytogenetics.* New York: Fields and Wood; 1990. p. 251–7.
6. Kuo TT. Kikuchi's disease (histiocytic necrotizing lymphadenitis). A clinicopathologic study of 79 cases with an analysis of histologic subtypes, immunohistology, and DNA ploidy. *Am J Surg Pathol.* 1995;19:798–809.
7. Kim JH, Kim YB, In SI, Kim YC, Han JHAT The cutaneous lesions of Kikuchi's disease; a comprehensive analysis of 16

cases based on the clinicopathologic, immunohistochemical, and immunofluorescence studies with an emphasis on the differential diagnosis. *Hum Pathol.* 2010;41:1245–54.

8. Kucukardali Y, Solmazgul E, Kunter E, Oncul O, Yildirim S, Kaplan M. Kikuchi-Fujimoto disease: Analysis of 244 cases. *Clin Rheumatol.* 2007;26:50–4.
9. Santana A, Lessa B, Garlao L, Lima I, Santiago M. Kikuchi-Fujimoto's disease associated with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2005;24:60–3.
10. Yoshioka K, Miyashita T, Nakamura T, Inoue T, Yamagami K. Treatment of histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi's disease) with prolonged fever by a single course of methylprednisolone pulse therapy without maintenance therapy: experience with 13 cases. *Intern Med.* 2010;49:2267–70.

A. Combalia^{a,*}, X. Fustà-Novell^a, A. García-Herrera^b y J. Ferrando^a

^a Unidad de Dermatología, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Patología, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreacombalia@gmail.com (A. Combalia).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.016>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Larva *migrans* cutánea facial de origen autóctono en España



Facial Cutaneous Larva Migrans Acquired in Spain

Sra. Directora:

La larva *migrans* (LM) cutánea es una dermatosis parasitaria causada por la penetración de helmintos nematodos que recorren la epidermis. Se adquiere principalmente cuando la piel entra en contacto con tierra contaminada por heces de animales infestados por estos nematodos. Los casos publicados en Europa como autóctonos son escasos, puesto que la gran mayoría son importados de países tropicales y subtropicales¹. Recientemente, se han publicado 6 casos de LM adquirida en Burgos, Guipúzcoa y Asturias²⁻⁴. En este contexto, describimos el primer caso, según nuestro conocimiento, de LM autóctona registrado en la comunidad de Cantabria.

Una niña de 4 años de edad acude a nuestra consulta al comienzo de la época estival por presentar una lesión cutánea pruriginosa y migratoria en región nasal de 5 días de evolución. La madre de la paciente negaba anteceden-

tes de viajes en los últimos meses fuera de la comunidad, aunque sí refería que la niña había estado en contacto con la arena de una playa Cantabra durante unos días soleados. La exploración cutánea reveló en dorso nasal y extendiéndose a la región paranasal izquierda, la presencia de una lesión eritematosa, ligeramente sobreelevada y de trayecto serpiginoso (fig. 1). Considerando las características clínicas típicas de la lesión se estableció el diagnóstico de LM. Se instauró tratamiento con albendazol 400 mg/día



Figura 1 Trayecto eritematoso y serpiginoso de la larva cutánea *migrans* afectando a la región del dorso nasal y paranasal izquierdo.

Tabla 1 Casos de larva migrans autóctona descritos en España (1990-2017)

N.º	Autor	Año	Lugar	Antecedente	Edad	Localización	Tratamiento
1	Nicol M et al.	1990	Málaga	Jardín botánico	17	Pie	Tiabendazol tópico
2	Colomina J et al.	1994	Valencia	Gatos	13	Pie	Tiabendazol oral
3	Obanda I et al.	1997	Córdoba	Rural	Niño	?	Tiabendazol oral
4	Sabat M et al.	2002	Barcelona	?	22	Mano	Tiabendazol oral
5	Fernandez M et al.	2003	Oviedo	Rural	3	Pie	Tiabendazol oral
6	Santiago JL et al.	2009	Pirineo	Orilla del río	31	Nalga	Albendazol oral
7	Panes A et al.	2011	Guipúzcoa	Senderismo con sandalias	60	Pie	Albendazol oral
8	Castro J et al.	2014	Costa mediterránea	Playa	28	Hombro	Albendazol oral
9	Gutierrez Garcia C et al.	2016	Burgos	Piscina, gatos	14	Pie	Albendazol oral
10	Gutiérrez García C et al.	2016	Madrid	Césped + gatos	4	Tobillo	Mebendazol oral
11	Hidalgo García et al.	2016	Asturias	Bosque, arena	39	Mano	Albendazol oral
12	Panes A et al.	2016	Guipúzcoa	Huerta	63	Tronco y brazos	Albendazol oral
13	Panes A et al.	2016	Guipúzcoa	Huerta	79	Pie	Albendazol oral
14	Panes A et al.	2016	Guipúzcoa	Senderismo	39	Pierna	Albendazol oral
15	Durán Castro C et al.	2017	Cantabria	Playa	4	Cara	Albendazol oral

durante 3 días, observándose una mejoría progresiva hasta la resolución completa de la lesión en el transcurso de una semana.

El parásito más frecuentemente implicado en la LM cutánea es el *Ancylostoma braziliense*. La mayoría de las especies de estos nematodos habitan en climas cálidos y húmedos; por ello es más frecuente encontrar estos parásitos en el aparato digestivo de animales (principalmente perros y gatos) que habitan en países próximos al ecuador¹.

El diagnóstico de LM es eminentemente clínico y se basa en la presencia de lesiones serpiginosas y pruriginosas que avanzan por uno de sus extremos. La larva se encuentra a uno o 2 cm por delante del extremo de avance de la lesión, por lo que es poco probable encontrar estructuras parasitarias en la biopsia³. La localización más típica de la LM cutánea son las extremidades inferiores y, de forma general, es más frecuente en niños que en adultos⁵. La presencia de lesiones en la región facial ha sido descrita de forma excepcional⁶.

La aparición de un caso autóctono en nuestra comunidad nos plantea una revisión de todas las publicaciones realizadas sobre el tema en España de casos no importados, principalmente en la última década. Según la literatura revisada, encontramos un total de 15 casos publicados (tabla 1), no existiendo afectación de la región facial en ninguno de ellos. Es interesante señalar que los últimos casos publicados como autóctonos a nivel nacional fueron adquiridos en regiones del norte de España^{3,4}. Por otro lado, cabe destacar que en Europa se han descrito más de 20 casos no importados de LM en los últimos años². Todo ello sugiere que el clima oceánico templado podría facilitar el ciclo biológico de estos nematodos.

Estudios parasitológicos y ambientales señalan un cambio en la frecuencia y distribución geográfica de estos nematodos, probablemente como consecuencia del cambio climático y «tropicalización» del clima europeo^{7,8}.

Como conclusión, la detección de este nuevo caso de LM cutánea en España indica la necesidad de establecer medidas preventivas oportunas y eficaces para evitar una mayor diseminación de la LM de origen autóctono.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hookworm-related cutaneous larva migrans. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2012;31:915–8.
- Gutierrez Garcia-Rodrigo C, Tous Romero F, Zarco Olivo C. Cutaneous larva migrans, welcome to a warmer Europe. *J Eur Dermatol Venereol.* 2016;31:33–5.
- Panés-Rodríguez A, Piera-Tuneu L, López-Pestaña A, Ormaetxea-Pérez N, Gutiérrez-Támara P, Ibarbia-Oruezabal S, et al. Larva migrans cutánea de origen autóctono en Guipúzcoa. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:407–13.
- Hidalgo García Y, Fernández Sánchez C, Rodríguez Villar D. Cutaneous larva migrans acquired in Asturias, Spain. *Med Clin.* 2016;147:567–9.
- Sugathan P, Bhagyanathan M. Cutaneous Larva Migrans: Presentation at an Unusual Site. *Indian J Dermatol.* 2016;6:574–5.
- Hochedez P, Caumes E. Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans. *J Travel Med.* 2007;14:326–33.
- Edelglass JW, Douglass MC, Stiefeler R, Tessler M. Cutaneous larva migrans in northern climates. A souvenir of your dream vacation. *J Am Acad Dermatol.* 1982;7:353–8.
- Okulewicz A. The impact of global climate change on the spread of parasitic nematodes. *Ann Parasitol.* 2017;63:15–20.

C. Durán-Vian*, I. Vilanova-Udaniz, B. Castro-Gutierrez y M.A. González-López

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cduranvian@gmail.com (C. Durán-Vian).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.017>
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.