



CARTAS CIENTÍFICAS

Larva cutánea *migrans* en viajeroCutaneous larva *migrans* in a travelerPablo Villagrasa-Boli^{a,b,*}, Sara Martínez-Cisneros^{a,b} y Juan Monte-Serrano^{a,b}^a Servicio de Dermatología y Venereología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, Zaragoza, España^b Grupo de investigación GII5100 del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España

Recibido el 9 de enero de 2022; aceptado el 10 de enero de 2022



Varón de 32 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, acudió a nuestra consulta por presentar desde hacía 10 días una lesión cutánea intensamente pruriginosa en el dorso del pie derecho, que había tratado con clotrimazol en crema, con progresión de la misma en sentido latero-medial a pesar de su aplicación repetida.

Como posible desencadenante, el paciente reconoció haber estado de viaje en Nicaragua por motivos laborales dos semanas atrás, donde había entrado en contacto con agua estancada mientras hacía uso de calzado abierto.

A la exploración física, se objetivaba en dorso del pie derecho un cordón lineal-filiforme de unos 4 cm, serpiginoso, eritematoso, que abarcaba desde el quinto hasta el tercer metacarpiano del pie afecto. En su extremo lateral, presentaba una pápula de aspecto costroso, y en el medial se identificaba una pseudovesícula con trasudado seroso (figs. 1 y 2).

Los hallazgos clínicos eran compatibles con el diagnóstico de larva cutánea *migrans* (LCM), por lo que se indicó tratamiento con ivermectina oral a dosis de 200 mcg/kg en dosis única, y betametasona en crema aplicada dos veces al día.

La LCM es una entidad causada por la infestación cutánea por diferentes especies de nematodos, tras entrar estos en contacto directo con la piel¹. Generalmente, los agentes causantes pertenecen al género *Ancylostoma*, siendo los más frecuentes el *A. braziliensis* y el *A. caninum*². Su reservorio natural es el intestino de perros y gatos, de donde son eliminados a través de las heces. La humedad ambiental y la presencia de terrenos anegados o inundados favorecen el ciclo vital del parásito e incrementan la posibilidad de transmisión al ser humano. Por este motivo, es frecuente que la mayoría de los casos procedan de climas tropicales y húmedos tales como centro y Sudamérica. Sin embargo, se han notificado casos autóctonos en España, en los que no existía el antecedente de haber realizado viajes internacionales recientes³.

Los parásitos habitualmente implicados en los cuadros de LCM carecen de colagenasa, enzima proteolítica necesaria para traspasar la membrana basal cutánea, por lo que la diseminación sistémica es excepcional². Sin embargo, es preceptivo recordar que las denominadas uncinarias humanas tales como *A. duodenale*, *Necator americanus* e incluso *Strongyloides stercoralis*, sí poseen tal capacidad y pueden dar lugar a cuadros sistémicos potencialmente graves con afectación pulmonar e intestinal⁴. Estos cuadros han recibido el nombre de larva *migrans* visceral⁵, con lesiones cutáneas iniciales semejantes a las descritas en la LCM.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pabovillaboli@gmail.com (P. Villagrasa-Boli).



Figura 1 Aspecto clínico de las lesiones. Cordón serpiginoso, eritematoso que abarca desde el 5° hasta el 3° metacarpiano derecho a nivel dorsal, a modo de trayecto larvario horadado en la epidermis. Obsérvese la pápula costrosa a nivel lateral a modo de inóculo inicial y la pseudovesícula exudativa medial.

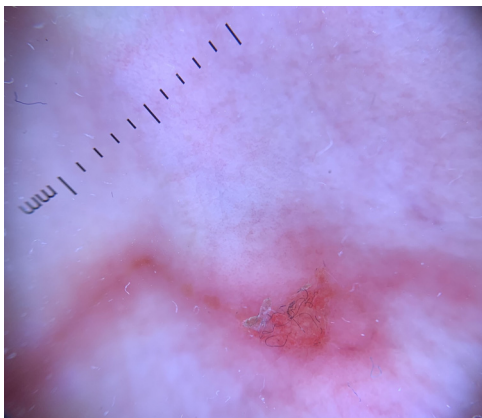


Figura 2 Detalle dermatoscópico. Detalle en el que se observa a mayor aumento el surco labrado por la larva, sin identificarse elementos estructurales parasitarios, con restos textiles en la abrasión cutánea.

El diagnóstico de la LCM es eminentemente clínico dado lo característico de su presentación, siendo de baja rentabilidad la realización de biopsias cutáneas por la dificultad de localizar al parásito en las mismas¹, y la determinación

de inmunoglobulina G específica mediante técnica enzimo-inmunoanálisis de adsorción (ELISA) o la epiluminiscencia óptica, procedimientos no habitualmente disponibles⁶.

Su tratamiento puede abordarse de manera tópica o sistémica¹, encontrándose en nuestro medio el primero limitado por la falta de disponibilidad de los fármacos anti-helmínticos normalmente utilizados para ello, tales como el tiabendazol.

El uso de ivermectina oral a dosis de 200 mcg/kg en dosis única se postula como uno de los tratamientos sistémicos de elección, junto con el albendazol con una posología de 400 mg cada 24 h (o 200 mg cada 12 horas) durante tres días. Estas pautas pueden combinarse con corticoides tópicos y antihistamínicos orales para mejorar el control sintomático.

Sin una terapia helmíntica adecuada, el cuadro puede autolimitarse en un plazo de dos a ocho semanas², sin embargo, se recomienda el tratamiento activo de la infestación para evitar complicaciones locales.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. 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;93:443-7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310\(02\)76608-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310(02)76608-8).
2. González-Ramos J, González-Silva Y, Hernández-Cano N, Vidaurrázaga-Arcaya C, Herranz-Pinto P. Infestación cutánea diseminada por larva *migrans*. *Semergen.* 2015;41:458-60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2014.12.006>.
3. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.002>.
4. Azanza Urrutia J, Pérez Gómez J. Larva *migrans* cutánea: ¿recuerdo exótico de unas vacaciones? *Semergen.* 2009;35:191-3, [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(09\)70929-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(09)70929-3).
5. Dandén Tello E, Oñate Cuchet MJ. Dermatitis causadas por artrópodos, helmintos y protozoos. En: Iglesias Díez L, editor. *Tratado de Dermatología.* 1ª ed. Madrid: Luzán; 1994. p. 55-90.
6. Veraldi S, Schianchi R, Carrera C. Epiluminiscence microscopy in cutaneous larva migrans. *Acta Derm Venereol.* 2000;80:233.