

Larva migrans cutánea simulando herpes zoster.

Cutaneous larva migrans simulating herpes zoster

Carlos Galarza^(1,2), Willy Ramos^(1,3), Patricia Guere⁽²⁾, Ericson L. Gutierrez⁽¹⁾, Mercedes Tello⁽¹⁾.

RESUMEN

La larva migrans cutánea es una parasitosis frecuente en zonas tropicales producida por la penetración y migración a través de la piel de larvas de nemátodos. Presentamos el caso de un varón adulto con larva migrans cutánea simulando herpes zoster sin antecedente epidemiológico de viaje a áreas endémicas que recibió tratamiento con ivermectina y albendazol con cura completa a los 30 días de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Larva migrans, ivermectina, albendazol.

Dermatol Perú 2009;19(1): 58-61

ABSTRACT

The cutaneous larva migrans is a frequent parasitoses in tropical areas, due to the penetration and migration, of nematode larvae that cross the skin. We present the case of a male adult with cutaneous larva migrans simulating herpes zoster without any epidemiological past history of trips to endemic areas that receive treatment with ivermectin and albendazole with a complete cure after 30 days of treatment.

KEY WORDS: Larva migrans, ivermectin, albendazole.

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea es una dermatitis producida por la penetración y migración a través

de la piel de larvas filariformes de nemátodos, cuyo huésped habitual no es el hombre, sino los animales domésticos. El parásito más comúnmente implicado es el *Ancylostoma* (especies *braziliensis*, *caninum*, *duodenale*, *ceyloanicum*) el cual vive en el intestino de perros y gatos. Otros nemátodos que pueden producir cuadros clínicos similares son el *Gnathostoma spinigerum* (uncinaria del cerdo y gato), *Bunostomum phlebotomum* (uncinaria de bovinos), *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis* (larva currens), *Strongyloides myopotami*, *Strongyloides procyonis*, *Dracunculus medinensis* adulto, *Dirofilaria conjunctivae*, *Capillaria* sp y *Fasciola* hepática. De los huevos del parásito eliminados por las heces surgen larvas que penetran en un nuevo animal y completan así su ciclo vital. Cuando la larva penetra en la piel del hombre, es incapaz de alcanzar el intestino y madurar al estado adulto, por lo que permanece en la capa basal de la epidermis en las proximidades de su puerta de entrada. En su migración, la larva se desplaza

1. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.
3. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud del Perú.

Recibido: 26-II-2009

Aceptado: 14-III-2009.

diariamente desde unos pocos milímetros hasta 1-2 cm, describe un sendero fácilmente reconocible y se autolimita en un plazo de semanas a meses.⁽¹⁻³⁾

En los últimos años la prevalencia de enfermedades exóticas importadas de tipo parasitario como la larva migrans han aumentando considerablemente en los países europeos y en los Estados Unidos debido al turismo y a los movimientos migratorios. A nivel mundial se han descrito mayor número de casos en las Costas del Mediterráneo, Australia, Caribe, África, Asia (Corea), India, Sudamérica (Brasil, Bolivia, Perú, Chile) y en Estados Unidos^(1,4-6). Una investigación realizada en 165 viajeros atendidos en un hospital de París⁽⁴⁾ mostró que la larva migrans fue la octava dermatosis más frecuente captándose 8 casos entre noviembre 2002 y Mayo 2003, asimismo, constituyó la cuarta enfermedad parasitaria más frecuente siendo solamente superada por acarosis, miasis y filariasis. Otro estudio realizado en departamentos de Dermatología de tres hospitales de Italia⁽⁷⁾ revelaron que durante los años 1987-2001 la parasitosis más importante importada por viajeros de ese país fue la larva migrans (78 casos de 111 parasitosis) seguida por tunguiasis y miasis folicular. De acuerdo a estos reportes, ante un diagnóstico presuntivo de larva migrans se busca el antecedente epidemiológico de viaje a zonas

tropicales, la ausencia de este antecedente aleja notablemente la posibilidad⁽¹⁻⁷⁾.

En nuestro país existen un reporte previo en pacientes procedentes de zonas urbanas lo cual ha sido descrito con poca frecuencia⁽²⁾. Presentamos el siguiente caso clínico por corresponder a un paciente natural de Lima sin antecedente de viajes a zonas endémicas.

REPORTE DE CASO

Varón de 22 años, natural de Lima, estudiante universitario. Acude con tiempo de enfermedad de 5 días que se inicia con presencia de vesículas que alterna con máculas equimóticas dolorosas localizadas en la escápula izquierda por lo que fue tratado como herpes zoster. Niega viajes fuera de Lima.

Al examen clínico presenta lesión pápulo eritematosa que sigue un trayecto serpinginoso (Figura 1) la cual se inicia en línea axilar posterior y termina en la región interescapular, intensamente pruriginosa. El paciente se encontraba en buen estado general y no tenía antecedentes de enfermedades crónicas ni genéticas.

Se realizó examen parasitológico seriado en heces el cual fue negativo, el hemograma completo se encontraba dentro de límites



FIGURA 1: Trayecto serpinginoso de larva migrans acompañado de máculas equimóticas.

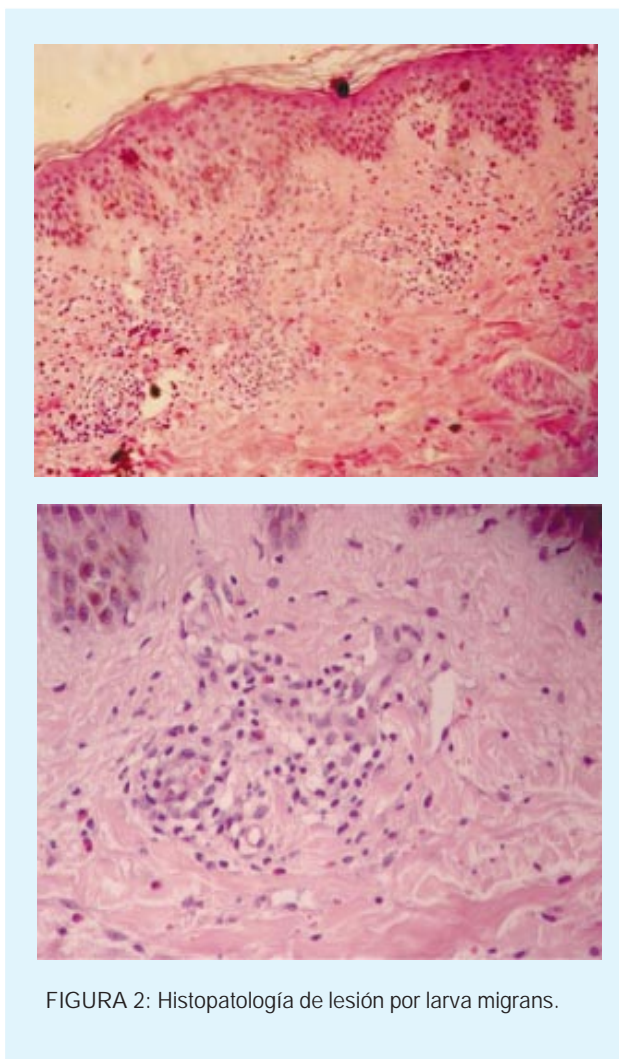


FIGURA 2: Histopatología de lesión por larva migrans.

observándose ausencia de eosinofilia. La histopatología de la biopsia de piel mostró en la epidermis acantosis con papilomatosis y en la dermis intenso infiltrado mixto con presencia de eosinófilos (Figura 2). La radiografía de tórax no mostró alteraciones significativas.

Se indicó tratamiento con ivermectina 75 gotas (1 gota/Kg de peso) de dosis semanal en dos oportunidades más albendazol 800 mg/d durante 7 días, luego 400 mg por 21 días. El paciente presentó evolución favorable con mejoría a los 20 días de tratamiento y cura completa a los 30 días.

DISCUSIÓN

La larva migrans cutánea es una enfermedad que

se presenta en países tropicales, de clima cálidos y húmedos⁽³⁾. El presente caso clínico corresponde a una presentación atípica por no existir antecedente epidemiológico de viaje a una zona con estas características y haberse mantenido en la ciudad de Lima. De este modo, no debe descartarse el diagnóstico debido a la ausencia de viaje⁽²⁾.

Las lesiones usualmente se presentan en plantas, espalda, nalgas, rodillas y muslos; las lesiones en la espalda de nuestro paciente permiten inferir que para que haya adquirido la enfermedad haya estado recostado en suelo o arena probablemente de una playa de Lima, jardín o parque lo cual es posible aunque poco frecuente⁽²⁾. El paciente no presentaba sintomatología respiratoria baja, la radiografía de tórax no evidenció lesiones significativas y el hemograma no mostró eosinofilia con lo que se descartó la presencia de síndrome de Loeffler.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico, el hallazgo típico de consultorio es el trayecto (túnel) serpinginoso indurado que hace relieve, único o múltiple, causado por la migración larvaria. La biopsia de piel, necesaria para identificar la especie del parásito involucrado con cierta frecuencia es negativa debido a que la larva se encuentra un poco más allá de la lesión visible. La coloración de PAS es útil para colorear los mucopolisacáridos de la membrana de la larva, pues en algunas ocasiones ésta es difícil de identificar con la coloración de rutina (hematoxilina-eosina). Se observa una epidermis con acantosis, focos de espongirosis y fisura epidérmica o dermoepidérmica; la dermis puede presentar vasodilatación e intensos infiltrados inflamatorios con predominio de eosinófilos en dermis superficial y media.^(6,8)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con entidades como el eritema crónico migratorio, enfermedad de Lyme, miasis y larva currens así como con entidades más comunes como la dermatitis de contacto, pioderma y urticaria facticia. Para el caso de nuestro paciente la enfermedad se inició con vesículas lo que simuló un herpes

zoster lo cual concuerda con lo descrito por Escalante y Rosas así como con reportes internacionales en los que se observa con cierta frecuencia la asociación de lesiones tipo vesícula o ampolla sobre los trayectos serpeginosos.^(3,6,9-14)

Aunque normalmente la larva desaparece por sí sola en uno a seis meses, el intenso prurito y la sensación desagradable que tiene el paciente de la larva arrastrándose a través de la piel, nos obligan a prescribir un tratamiento adecuado. El tiabendazol tópico al 10% puede utilizarse en algunas lesiones pequeñas, debe administrarse repetidamente a lo largo del día y exige especial seguimiento para evitar recurrencias. El tratamiento sistémico vía oral se realiza con ivermectina y/o albendazol principalmente cuando las lesiones son múltiples observándose bajas tasas de recurrencia; estos medicamentos han reemplazado al tiabendazol sistémico que presenta una alta tasa de efectos adversos como náuseas, molestias gastrointestinales, sensación vertiginosa, vómitos, malestar general, astenia, etc.^(8,15)

La crioterapia es posible cuando la lesión es única y pequeña sin embargo puede producir dolor al paciente por lo que está siendo desplazado por la terapia sistémica. Esta se inicia en el extremo de la lesión que progresa, pero tiene el inconveniente de la dificultad de identificar la posición exacta del parásito el cual puede sobrevivir a temperaturas de -21°C por más de 5 minutos.^(8,10-16)

Como medida preventiva es importante evitar el acceso de perros y gatos a las áreas de juego como playas y áreas de trabajo donde ocurra el contacto de la piel con el suelo. En zonas endémicas, es conveniente el tratamiento periódico de perros y gatos a partir de las 4 semanas de edad.^(6,17)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio S, Ruiz L, Gascón J, Corachán M. Larva migrans cutánea em viajeros. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 224-6.
2. Legua P, Guerra J, Bussalleu A. Larva migrans cutánea en Lima. *Rev Med Hered* 1990;1:47-50.
3. Bordel MT, Sánchez J, Santos JC. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:744-5.
4. Ansart S, Perez L, Jaureguiberry S, Danis M, Bricaire F, Caumes E. Spectrum of dermatoses in 165 travelers returning of the tropics with skin diseases. *Am J Trop Med Hyg* 2007;76:184-6.
5. O'Connell E, Suarez J, Leguen F, Zhang G, Etienne M, Torrecilla A, et al. Outbreak of cutaneous larva migrans at a children's camp—Miami, Florida, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56:1285-7.
6. López LD, Márquez CE. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pasca* 2007;16:85-8.
7. Romano C, Albanese G, Gianni C. Emerging imported parasitoses in Italy. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 58-60.
8. Bouchad O, Houzé S, Schiemann R. Cutaneous Larva migrans in travelers. A prospective study with assessment therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis* 2000;31:493-8.
9. Canizares O, Harman RRM. Helminthic disease I. Nematodes-cutaneous manifestations of intestinal parasites. In: *Clinical Tropical Dermatology*, 2nd edn. Cambridge, MA: Blackwell Scientific, 1992: 332-334.
10. Varela CS, Varela M, Pascual ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM* 2002; 12: 655-7.
11. Escalante E, Rosas N. Larva migrans cutánea. *Dermatol Peru* 2000;10:53-5.
12. Arenas R. *Dermatología*. Segunda edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1990.
13. Blaum JM, Omura EF. Cutaneous larva migrans. *N Eng J Med* 1998;338:1773.
14. Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping eruption: a review of a clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. *Arch Dermatol* 1993;129:588-91.
15. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Tratamiento de la larva migrans cutánea (erupción serpiginosa): comparación entre albendazol y el tratamiento tradicional. *Rev Int Dermatol Dermocosm Clin* 2001;4:236-40.
16. Karthikeyan K, Thappa D. Cutaneous larva migrans. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:252-8.
17. Juckett G. Pets and parasites. *Am Fam Physician* 1997; 56: 1763-74.

Correspondencia: Dr. Carlos Galarza Manyari.
 Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 Dirección: Parque "Historia de la Medicina Peruana" S/N, Lima 01. Perú.
 Teléfono: (51-1) 328-4748
 FAX: (51-1) 328-5087
 Correo electrónico: investcl@yahoo.com.