LARVA *MIGRANS* CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CUTANEOUS *LARVA MIGRANS*: A CASE REPORT.

AUTORES:

Sara Seguin Otero[1], Miguel Roza García[2], Rosana Izquierdo Fernández[3]

[1]Médica Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria en el CS de Sárdoma, Vigo
[2]Médico Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria en el CS de Sárdoma, Vigo
[3]Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el CS de Sárdoma, Vigo

Autora para correspondencia: Sara Seguín Otero, e-mail: sara.seguin.otero@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 28 años que consulta por aparición de lesión en región plantar de pie derecho. Refiere aparición hace una semana de una lesión vesiculosa que se ha ido extendiendo linealmente hacia lateral.

Durante la entrevista clínica la paciente niega antecedentes médicos de interés, aunque reconoce antecedente epidemiológico de viaje a Filipinas hasta hace 10 días, donde afirma que pasó gran parte del tiempo sin calzado.

A la exploración física nos encontramos una lesión serpentiginosa con extremo medial engrosado correspondiente con lesión vesiculosa previa (figura 1).

Figura 1. Lesión cutánea serpentiginosa

Autora para correspondencia:
sara.seguin.otero@sergas.es

Publicado 29/12/2024 e2024id

©2024 Revista Cadernos de Atención Primaria este é un artigo Open Access publicado baixo a licenza CCBY-NC-ND
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

DIAGNÓSTICO

Ante la lesión de la paciente se nos plantea el diagnostico diferencial entre *pili migrans* y larva *migrans* (1). Haciendo una pequeña revisión de casos clínicos publicados y teniendo en cuenta la forma de presentación junto con el antecedente epidemiológico, se presenta como diagnóstico más probable la larva *migrans* cutánea, siendo un diagnóstico fundamentalmente clínico.

Ante esta sospecha diagnóstica, se decidió inicio de tratamiento con Albendazol a dosis de 400mg diarios durante 3 días (2), con desaparición completa de la lesión, lo que apoyó finalmente el diagnóstico de presunción.

CONCLUSIÓN

La larva *migrans* cutánea es una infección parasitaria de la piel, endémica en países tropicales y subtropicales, causada generalmente por los helmintos del género *Ancylostoma*, siendo los más frecuentes *A. Brazliense* y *A. Caninum* (3).

Como helminto en fase adulta, se trata de un parásito que se encuentra en el intestino de animales como cánidos y felinos, que eliminan sus huevos por las heces, sobreviviendo estos es terrenos húmedos y arenosos, donde adquieren la fase de larva y pueden penetrar la piel al contacto directo con la misma (4), fundamentalmente la de los pies. Su incubación una vez accedido a la epidermis puede variar de horas hasta 1 mes (media de 10 a 15 días) (3).

La forma típica de presentación consiste en una pápula inicial por donde se ha producido la penetración que va migrando por la epidermis dejando la lesión típica serpentiginosa y eritematosa (5), frecuentemente pruriginosa.

En principio, se trata de una enfermedad autolimitada sin tratamiento, donde el ser humano es el huésped final, en el cual la larva no puede llegar a fase adulta y termina muriendo en un plazo de 1 a 6 meses (3). Sin embargo, el tratamiento es importante para erradicar el prurito y evitar su posible extensión y complicaciones.

En cuanto al tratamiento, el albendazol y mebendazol (2) son fármacos efectivos, siendo ambos antihelmínticos de amplio espectro y de uso seguro a las dosis habitualmente utilizadas. Entre ellos, el albendazol es de elección en el caso de la larva migrans cutánea debido a la existencia de ensayos clínicos con resultado favorable y a la ausencia de ellos en el caso de mebendazol. La dosis recomendada es de 400mg/día durante 3 a 5 días o hasta 10 a 21 días en casos más diseminados.

En algunos casos, la infección puede diseminarse e incluso acompañarse de elevación de IgE y eosinofilia, pudiendo, más raramente, asociarse a síndrome de Loeffler: una neumonía aguda causada por infiltrados alveolares de eosinófilos (6).

Cabe destacar la importancia de poner de manifiesto este tipo de patología infecciosa, ya que su prevalencia en nuestro país se va viendo incrementada debido a los fenómenos migratorios y el aumento del turismo a las regiones endémicas. Conocerlas de antemano nos ayudará a un diagnóstico más precoz en la consulta.

Consentimiento informado: Los autores de este caso clínico declaramos que se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Moreno-Alfonso JC, Guillén Redondo P, Hernández Martín S. Migrans cutáneo, no solo es la larva. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2023;98(6):477–8. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403322002107*
2. *Chai J-Y, Jung B-K, Hong S-J. Albendazole and mebendazole as anti-parasitic and anti- cancer agents: An update. Korean J Parasitol [Internet]. 2021;59(3):189–225. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3347/kjp.2021.59.3.189*
3. *González-Ramos J, González-Silva Y, Hernández-Cano N, Vidaurrázaga-Arcaya C, Herranz-Pinto P. Infestación cutánea diseminada por larva migrans. Semergen [Internet]. 2015;41(8):458–60. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.006*
4. *Kuna A, Olszański R, Sikorska K. Cutaneous Larva Migrans as a frequent problem in travellers. Int Marit Health. 2023;74(4):259-264. doi: 10.5603/imh.98098. PMID: 38111246.*
5. *Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster*
6. C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. Actas Dermosifiliogr. 2002;93:443-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310(02)76608-8.
7. *Del giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, .Vandenbos F, Marty P, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: a rare association. Br J Dermatol [Internet]. 2002;147(2):386–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.48102.x*