

Placa cutánea pruriginosa

M. Fernández Fernández^a, J. Santos-Juanes Jiménez^b, J.A. Concha Torre^a,
A. Medina Villanueva^a y J. Sánchez del Río^b

^aDepartamento de Pediatría. ^bServicio de Dermatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

CASO CLÍNICO

Varón de 3 años de edad, que acudió a la consulta de dermatología por presentar en la región interna y dorso de pie izquierdo una lesión lineal serpenteante de color violáceo con intenso prurito. La lesión medía aproximadamente 3 cm y estaba sobreelevada, apreciándose la presencia de pápulas y vesiculoampollas alrededor (fig. 1). Entre los antecedentes refiere un trauma, que no precisa, 3 semanas antes mientras se encontraba en el campo.

Tras ser interrogada al respecto, la madre indica que no ha realizado con su hijo ningún viaje a un país tropical o subtropical en los meses previos a la aparición de la lesión.

Como exámenes complementarios se realizó un hemograma en el que se observó una eosinofilia intensa y una radiografía de tórax que no mostró alteraciones.

Una vez establecido el diagnóstico, se instauró tratamiento tópico. Una semana después de iniciado, las lesiones prácticamente habían desaparecido.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Lesión serpenteante con pápulas y vesiculoampollas alrededor.

Correspondencia: Dr. J. Andrés Concha Torre.
Departamento de Pediatría. Hospital Materno-Infantil. Hospital Central de Asturias.
Celestino Villamil, s/n. 33006 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: jconcha@hcas.sespa.es

Recibido en diciembre de 2002.
Aceptado para su publicación en febrero de 2003.

LARVA MIGRATORIA CUTÁNEA

La larva migratoria cutánea (LMC) es una afección causada por la penetración en la piel de larvas de nematodos¹. La causa más frecuente es *Ancylostoma braziliense*. Otras especies implicadas son *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala*². Estos parásitos viven habitualmente en el intestino de animales domésticos (perros y gatos), los cuales, a través de las heces, eliminan los huevos al suelo, donde permanecen latentes transformándose en larvas³. Los seres humanos adquieren la infección al entrar en contacto con el suelo contaminado y ésta suele quedar restringida a la piel, ya que el hombre es un huésped circunstancial y el parásito no puede completar su ciclo vital.

La LMC es la enfermedad dermatológica más frecuente en pacientes que regresan de una estancia en países con climas tropicales y subtropicales⁴. Debido a la mayor facilidad que existe hoy día para viajar a estos países, no es raro verla en las consultas de dermatología en nuestro medio⁵, aunque los casos de adquisición autóctona son raros^{1,6}.

El signo clínico típico es una lesión lineal serpenteante y migratoria acompañada de prurito y conocida como erupción reptante, que es muy indicativa de LMC. El eritema aparece a 3-4 cm del lugar de penetración y la larva suele estar situada a 1-2 cm del lugar de la erupción². El período de incubación es desconocido y oscila desde horas hasta incluso varios meses³. Las complicaciones de la LMC son el impétigo, reacciones alérgicas locales y generales y en algunos casos puede producirse un síndrome de Löfller (infiltrados pulmonares transitorios con eosinofilia periférica)^{7,8}. Las zonas afectadas con mayor frecuencia son los pies, nalgas y muslos, mientras que su aparición en la cara es rara³.

La LMC se cura espontáneamente en semanas o meses pero, debido a la posibilidad de complicaciones y al gran prurito que le acompaña, necesita tratamiento⁴. Se han probado diferentes tratamientos locales y sistémicos^{3,4,5,9}. Entre los locales, se encuentran la crioterapia (en desuso por su baja efectividad y por ser un procedimiento doloroso) y el tiabendazol tópico, cuya principal ventaja es la ausencia de efectos secundarios sistémicos. Como desventaja tiene un valor limitado en caso de lesiones múlti-

ples o de foliculitis, además de precisar varias aplicaciones al día.

El tratamiento oral puede hacerse con albendazol, que tiene una buena tolerancia y efectividad. La ivermectina parece tener mayor tasa de curaciones y menor tasa de recaída, por lo que es de elección en casos múltiples y difusos. El tiabendazol, el fármaco con el que existe mayor experiencia, es peor tolerado.

Para prevenir de la LCM se recomienda no sentarse, tumbarse o tomar el sol sobre terrenos frecuentados por animales domésticos^{6,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colomina J, Buesa J, Jordá E, Belda S, Borrás R. Lesión cutánea serpenteante en región plantar. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994;12:103-4.
2. Jelinek T, Maiwald H, Nothdurft HD, Löscher T. Cutaneous larva migrans in travelers: Synopsis of histories, symptoms, and treatment of 98 patients. *Clin Infect Dis* 1994;19:1062-6.
3. Bouchad O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimzava P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: A prospective study, with assessment therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis* 2000;31:493-98.
4. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000;30:811-4.
5. Vega Gutiérrez J, Miranda Romero A, Muñoz Fernández-Lomana C, Mariscal Polo A, Torrero Antón MV, García Muñoz M. Larva migratoria cutánea. Tratamiento tópico con tiabendazol al 6,25%. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:171-3.
6. Rueda Gómez-Calcerada M, Martín Rodríguez F, Del Cerro Heredero M, López Bran E, Suárez Fernández R, Sánchez de Paz F. Larva cutánea *migrans*. *An Esp Pediatr* 1996;45:291-2.
7. Schaub NA, Perruchoud AP, Buechner SA. Cutaneous larva migrans associated with Löfller's syndrome. *Dermatology* 2002;205:207-9.
8. Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, Vandebos F, Marty P, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: A rare case association. *Br J Dermatol* 2002;147:386-8.
9. Caumes E, Carriere J, Detry A, Gaxotte P, Danis M, Gentilini M. A randomized trial of ivermectin versus albendazol for the treatment of cutaneous larva migrans. *Am J Trop Med Hyg* 1993;49:641-44.
10. Alkorta Gurrutxaga M, Beristain Rementería X, Cilla Eguiluz G, Tuneu Valls A, Zubizarreta Salvador J. Miasis cutánea por *Cordylobia anthropophaga*. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:23-30.