

Reporte de casos

Larva Migrans Cutánea, presentación de un caso clínico.

Lee-Villamar Reyna K.¹ Hernández-Martínez Arturo,² Lugo-Miranda Flor de María,³ Lee-Villamar Carol A.⁴

*Médico Cirujano. Residente de Cirugía General de primer año en Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, email. reyna_lee_v@hotmail.com*¹
*Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Jefe de Servicio en Centro Médico ISSEMYM Ecatepec. email. Hernandezesp@hotmail.com*²
*Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Jefe de servicio en Centro Médico ISSEMYM Ecatepec. email. cmepidemiologia@gmail.com*³
*Estudiante de Biología, de octavo semestre en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. email. adammateoleevillamar@gmail.com*⁴

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente atendida en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, en el Estado de México y se realiza una revisión bibliográfica de la Larva Migrans Cutánea. El objetivo de mostrar estos casos es dar a conocer estas presentaciones clínicas poco frecuentes en el entorno médico. Así mismo hacer hincapié en lo importante que es conocer la presentación clínica de este parásito ya que muestra una problemática de Salud Pública.

Palabras clave: Larva migrans, Anquilostomas, Larvas filariformes, Ectoparasitosis, Ancylostoma brasiliense.

Summary

We report a case of a patient treated at the ISSEMYM Ecatepec Medical Center, in the State of Mexico. And a bibliographic review of the Cutaneous Larva Migrans is carried out. The objective of showing these cases is to show these rare clinical presentations in the medical setting. We want to emphasize how important it's to know the clinical presentation of this parasite since it represents a Public Health problem.

Introducción

La larva migrans cutánea es una infestación zoonótica causada por la penetración y migración en la epidermis de larvas filariformes de diferentes tipos de anquilostomas animales a través del contacto con heces de animales infectados, principalmente perros y gatos. Clínicamente, la larva migrans cutánea se caracteriza por un rastro eritematoso migratorio pruriginoso, tortuoso o serpiginoso, ligeramente elevado. La condición fue descrita por primera vez por Lee, un médico británico, en 1874.

El término "larva migrans cutánea" fue acuñado por Crocker en 1893. La larva migrans cutánea es la Ectoparasitosis más común adquirida por viajeros que regresan de regiones tropicales. Muchos médicos no están familiarizados con esta condición, por lo que el diagnóstico inicial solo es correcto en menos del 55% de los casos, lo cual lleva a un tratamiento inadecuado o retrasado. La larva migrans cutánea afecta a millones de personas en todo el mundo. La afección es común en personas que residen en regiones tropicales y subtropicales. La prevalencia es alta en regiones geográficas con un clima cálido y húmedo donde las personas tienden a caminar descalzas y entran en contacto con heces de perros y gatos. En la temporada de lluvias el riesgo de infestación puede ser 15 veces mayor. La larva migrans cutánea es endémica en América Central y del Sur, México, el Caribe, África, el sudeste de Asia, las regiones mediterráneas, el sureste de los Estados Unidos y otras áreas tropicales. La enfermedad rara vez se adquiere en zonas templadas.

No hay predilección racial o sexual porque la enfermedad depende de la exposición. La afección es más común en niños y niñas que en personas adultas. Las personas cuyos pasatiempos y ocupaciones los ponen en contacto con tierra o

arena contaminada corren el riesgo de desarrollar larva migrans cutánea; estos individuos incluyen viajeros, nadadores, bañistas, cazadores, fontaneros, mineros, carpinteros, agricultores, jardineros, pescadores y exterminadores de plagas.

Caso clínico

Paciente femenina de 31 años de edad, sin antecedentes crónicos degenerativos, como antecedente de importancia, refiere acudir a vacacionar a Quintana Roo, a la Ciudad de Cancún (Playa de la carretera a punta Sam, Isla Blanca y Delfines) así como Tulum, siete días previos al inicio de los síntomas, lo cuales iniciaron con dermatitis localizada en el dorso del tercer y cuarto orjejo de miembro pélvico izquierdo, unilateral, constituida por pápulas de base eritematosa que parecían una picadura de insecto acompañado de prurito intenso, posteriormente presentó astenia, adinamia, rinorrea hialina, tos seca y fiebre en tres ocasiones (oscilaba entre 38 y 38.5°C) así como anosmia y ageusia.

La evolución de la dermatosis fue progresiva y con migración de las lesiones hacia el primer orjejo y dorso del pie, aumento de prurito, edema leve en pie izquierdo y dolor de tipo punzante en región plantar con irradiación hacia orjejos y dorso del pie, la lesión se convirtió en un rastro eritematoso, serpiginoso y elevado; posteriormente aparición de vesículas, pústulas y costras desde el sitio de la probable penetración en la zona plantar, hacia el dorso del pie.

Se solicitaron estudios de laboratorio encontrando Leucocitosis de 15,250/mm³, eosinófilos de 5%) PCR Sars-CoV-2 Negativa, Prueba rápida para Anticuerpos IgM de Sars-cov2 Positiva. Por





todo lo anterior se inició tratamiento con analgesia de primer y segundo escalón de la Organización Mundial de la Salud (OMS), antipiréticos, antihistamínicos, antagonista de receptores de leucotrienos e Ivermectina 12mg dosis única, y 3 días después Albendazol 400mg por 3 días, así como Clindamicina tópica; y medidas de aislamiento social. Presentó evolución favorable, con resolución aproximada en 20 días de lesiones cutáneas y síntomas respiratorios; consecutivamente presentó manchas hiperpigmentadas plantares y zonas de descamación de la piel con resolución total en 30 días. Únicamente presentó diarrea acuosa 3-4 ocasiones al día durante 10 días, que fue tratada con dieta astringente, electrolitos y lactobacilos vía oral.



Agente etiológico

La larva migrans cutánea es causada por las larvas filariformes de anquilostomas animales (especialmente perros y gatos). La larva causante más común es *Ancylostoma braziliense* (anquilostomiasis de perros y gatos salvajes y domésticos) seguida de *Ancylostoma caninum* (anquilostoma de perro). Otras larvas causales son *Uncinaria stenocephala* (anquilostomiasis del perro), *Bunostomum phlebotomum* (anquilostomiasis del ganado) y *Ancylostoma ceylanicum* (anquilostomiasis del perro y del gato). Los anquilostomas adultos infestan los intestinos de los animales hospedadores. Sus huevos se excretan en sus heces y contaminan el suelo o la arena circundante. En condiciones ambientales óptimas (humedad, sombra y calor), los huevos embrionados eclosionan en la capa superficial del suelo en dos días. Las

larvas rhabditiformes liberadas se alimentan de las bacterias del suelo y / o las heces. Estas larvas maduran y mudan dos veces en 5 a 10 días para convertirse en larvas filariformes que son infecciosas. Las larvas filariformes pueden sobrevivir desde unas pocas semanas hasta algunos meses en condiciones óptimas. La larva de *Ancylostoma braziliense*, la larva causante más común, mide en promedio aproximadamente 6.5 mm de largo y tiene un diámetro de 0.5 mm.

Mecanismo de transmisión

Los seres humanos son huéspedes accidentales y se infectan cuando las larvas filariformes entran en contacto directo y penetran en el estrato córneo. Las larvas suelen vivir en la capa superficial de la arena / suelo, a unos centímetros de donde se depositan los huevos. La infección humana generalmente ocurre después de caminar descalzo o con zapatos abiertos, especialmente en playas arenosas contaminadas con heces de perros y gatos infectados. No existen métodos para limpiar el suelo contaminado por larvas, por lo que las medidas preventivas son esenciales y deben encaminarse al cambio en los hábitos de comportamiento de las personas y brindar atención veterinaria a todas las mascotas implicadas. Los dueños deben recoger las heces de sus mascotas y depositarlas en sitios adecuados, donde no constituyan un riesgo para la salud de las personas.

Fisiopatología

Debido a las proteasas y hialuronidasa que secretan, las larvas filariformes pueden penetrar fisuras, folículos pilosos, glándulas sudoríparas e incluso piel intacta al digerir la queratina de la epidermis. Las larvas permanecen confinadas a la epidermis y se arrastran o deambulan sin rumbo fijo dentro de la epidermis en una ruta serpiginosa a una velocidad de 2 mm a 2 cm por día. Las larvas suelen morir en el tejido subcutáneo en 2 a 8 semanas sin poder completar su ciclo de vida en el cuerpo humano. Es decir, los humanos son un huésped sin salida para estos parásitos.

Manifestaciones clínicas

La larva provoca escozor u hormigueo dentro de los 30 minutos posteriores a la penetración de la piel. Unas horas más tarde, puede observarse una pápula marrón rojiza con prurito o una erupción inespecífica en el sitio de penetración. El período de incubación es de aproximadamente 5 a 15 días. Después del período de incubación, la larva comienza a migrar y deambular libremente por la epidermis, lo que da como resultado la formación de un rastro eritematoso, ligeramente elevado, tortuoso, sinuoso, serpiginoso que se extiende desde la pápula marrón rojiza, el sitio de penetración larvaria. El trayecto serpiginoso pruriginoso es patognomónico. La lesión es intensamente pruriginosa y la huella creada por la larva migratoria se seca con el tiempo después de la muerte del parásito y se cubre con una costra. Los sitios de predilección incluyen tobillos, pies, piernas, glúteos y muslos. Aunque cualquier parte del cuerpo que tenga contacto directo con arena contaminada puede verse afectada. La larva migrans cutánea folicular, también conocida como foliculitis por anquilostomas, es una variante clínica que representa menos del 5% de los casos y se caracteriza por numerosas pápulas foliculares eritematosas, intensamente pruriginosas, a veces acompañada de vesículas o pústulas con o sin una trayectoria serpiginosa o lineal. La larva migrans cutánea folicular es más resistente al tratamiento porque se encuentra en la profundidad





del folículo piloso. La larva migrans cutánea ampollosa es otra variante clínica que es bastante rara, la ampolla se presenta a lo largo de un trayecto, contiene un líquido seroso transparente y puede alcanzar varios centímetros de diámetro.

Diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, por el antecedente de viaje a una zona endémica y exposición a suelo o arena contaminada y el rastro serpiginoso característico. El diagnóstico puede ser auxiliado por la dermatoscopia que muestra áreas translúcidas, parduscas, sin estructura en una disposición segmentaria correspondiente al cuerpo de la larva y vasos con puntos rojos correspondientes a una madriguera vacía. La microscopía láser de barrido también se puede utilizar para detectar la larva altamente refráctil y una ruptura oscura en la epidermis en forma de panal correspondiente a la madriguera. El recuento de eosinófilos en sangre periférica y los niveles séricos de inmunoglobulina E alérgeno-específica (IgE), no son útiles para establecer el diagnóstico. La biopsia no es necesaria ni útil, ya que la larva suele estar entre 1 y 2 cm por delante del extremo de avance de la trayectoria serpiginosa visible, una biopsia de piel tiene baja sensibilidad y es difícil identificar la larva en una muestra de biopsia.

El diagnóstico diferencial incluye larva currens (strongiloidiasis), miasis migratoria (rastrera), loiasis, dermatitis por cercarias, gnatostomiasis, dirofilariasis, dracunculosis, tungiasis, sarna, herpes zoster, tiña corporal, dermatitis de contacto y foliculitis bacteriana.

Pronóstico

El pronóstico es muy bueno, pues la enfermedad se autolimita y resuelve en semanas o meses incluso sin tratamiento. En raras ocasiones, la larva puede persistir en el folículo piloso hasta dos años.

Tratamiento

La ivermectina que actúa estimulando la liberación excesiva de neurotransmisores en el sistema nervioso periférico y aumentando la permeabilidad de la membrana celular del helminto, lo que resulta en la parálisis y muerte de éste. A una dosis única de 12 mg en adultos (150 a 200 mcg / kg en niños, máximo 12 mg). Para la larva migrans cutánea folicular las y los pacientes adultos deben ser tratados con 12 mg (150 a 200 mcg / kg en niños; 12 mg, máximo) de ivermectina dos veces al día durante varios días.

En caso de que la ivermectina oral no esté disponible, no se tolere o sea ineficaz, el albendazol oral es una opción de tratamiento. El medicamento actúa provocando la degeneración de las células intestinales del helminto al unirse a las células de la tubulina sensibles a la colchicina, evitando así su polimerización en microtúbulos, lo cual conduce a una absorción deficiente de glucosa por parte del helminto y a su muerte. A una dosis de 10 a 15 mg / kg (800 mg, máximo) dividida en 2 dosis durante 3 a 5 días.

Bibliografía

- Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, Mempel M, Reinel D, Wolf G, Meyer V, Nast A, Burchard GD. (2014). S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). *J Dtsch Dermatol Ges*, 12(1):86-91.
- Siddalingappa K, Murthy SC, Herakal K, Kusuma MR. (2015). Cutaneous Larva Migrans in Early Infancy. *Indian J Dermatol*, 60(5):522.
- Bueno Arias, Guadalupe Margarita, Cisneros Poirerth, Daniela Alejandra, Reyes Juárez, Beatriz, & Morales Miranda, Adalid Yakelin. (2019). Larva migrans cutánea. *Acta médica Grupo Ángeles*, 17(2), 187-188.
- Leung AKC, Barankin B, Hon KLE. (2017). Cutaneous Larva Migrans. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*, 11(1):2-11
- Vázquez TO. (2012). Desconocimiento epidemiológico de la Larva migrans en México. *Rev Enfer Infec Pediatr*, 25.26(99):79.
- Varela-Castro CS, Varela-Cerdeira M, Pascual-Martín ML. (2002). Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en atención primaria. *MEDIFAM*, 12: 655-657.

Agradecimientos

Al departamento de Epidemiología del Centro Médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) ECATEPEC por su apoyo y orientación, en particular al Dr. Arturo Hernández Martínez y la Dra. Flor de María Lugo Miranda.

