

Larva migrans cutánea en Lima. Reporte de 3 casos.

Cutaneous Larva migrans in Lima: report of three cases.

LEGUA Pedro¹, GUERRA Jorge², BUSSALLEU Alejandro³.

¹Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Centro de Investigación en Salud “Dr. Hugo Lumbreras Cruz”. Instituto Nacional de Salud.

²Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Profesor Asociado del Dpto. de Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³Profesor Auxiliar del Dpto. de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Larva migrans cutánea o “erupción reptante” es una erupción cutánea causada por la migración de la larva de un nemátodo en forma errática en la piel. Ocurre usualmente como resultado de la exposición de la piel a las larvas filariformes infectantes de uncinarias propias de felinos y cánidos, que están presentes en suelos húmedos y arenosos en los que estos animales defecan (playas, jardines, parques, etc.). La larva infectante no puede completar su ciclo vital en el hospedero humano y entonces persiste en la piel causando este cuadro (1).

Se considera que los nemátodos que con más frecuencia causan esta enfermedad, son: *Ancylostoma braziliense* (uncinaria del perro y gato), *Ancylostoma caninum* (uncinaria del perro) y *Uncinaria stenocephala* (uncinaria del perro europeo). Otras especies de nemátodos pueden producir lesiones similares: *Gnathostoma spinigerum* (uncinaria del cerdo y gato), *Bunostomum phlebotomum* (uncinaria de bovinos), *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis* (“larva currens”) (2), *Strongyloides myopotami* (nutria), *Strongyloides procyonis* (mapache) (3), *Dracunculus medinensis* adulto (4), *Ancylostoma ceylonicum*, *Dirofilaria conjunctivae*, *Capillaria* sp. (5) y *Fasciola hepática* (1). Algunos autores han considerado también bajo este rubro los cuadros producidos por larvas de dípteros (*Hypoderma*, *Gastrophilus*) himenópteros y por ácaros (5,6).

La enfermedad ocurre a lo largo de todo el año en países tropicales. En países de climas templados está limitada a las estaciones cálidas y lluviosas (2). Ocurre sobre todo en suelos arenosos y húmedos, como en arenas de playas o de depósitos peridomiciliares (6) y en locales de arena para el juego de los niños (7). En la costa del Perú ésta no parece ser una enfermedad frecuente, en contraste con lo observado en trabajadores petroleros provenientes de la Amazonía peruana (8). Se ha considerado que la costa, por razones ecológicas y climáticas, no ofrece las condiciones adecuadas para el desarrollo de los estadios larvarios infectantes de estos nemátodos, de tal manera que los casos reportados son todos importados (8).

Con el objetivo de contribuir al conocimiento de la epidemiología y clínica de esta entidad en el Perú, reportamos tres casos de larva migrans cutánea autóctonos de la costa de Lima.

REPORTE DE CASOS

Caso N° 1

Diciembre 1986. Mujer de 68 años de edad, natural y procedente de Lima, con residencia en San Isidro. Nunca viajó a la selva ni a la sierra y su último viaje fue seis meses antes a Alemania. Posee jardín y gato en casa. Bruscamente una noche presentó prurito intenso en la parte anterior del muslo izquierdo por lo que recibió antihistamínicos. Al día siguiente notó a ese nivel una lesión circular eritematosa violácea, de aproximadamente 7 mm de diámetro, pruriginosa y dolorosa, con un halo infiltrado eritematoso de aproximadamente 10 cm. de diámetro, localizada en la parte anterior del muslo. Fue tratada inicialmente con antibióticos sin mejoría. Al quinto día se observó que la lesión había descrito un trayecto lineal, reptante, irregular, acompañada de prurito, dolor y del halo infiltrado, rodeando al muslo. Un hemograma mostró 12,400 leucocitos con 15% de cosinófilos.

Recibió tratamiento con albendazol 200 mg vía oral cada 12 horas por 5 días con mejoría transitoria. Posteriormente se administró tiabendazol 25 mg/kg/día vía oral por 2 días, presentando molestias digestivas y sin resolución del cuadro. Finalmente el cuadro cedió a la aplicación tópica cada 6 horas de tiabendazol en suspensión al 20%(200 mg/ml), combinado con congelación local con cloruro de etilo por 7 días. La congestión producía alivio inmediato pero transitorio de las molestias. En total la lesión llegó a alcanzar unos 27 cm. de longitud (Figura N°1).



Figura 1.- Lesión eritematosa violácea, elevada, serpiginosa. Nótese el halo infiltrativo eritematoso rodeando la lesión.

Caso N° 2

Abril 1987, niño de 8 años de edad, natural de Brasil y residente en zona residencial de Lima por cuatro años. Realiza viaje de vacaciones a Río de Janeiro de donde retorna el 14/03/87. A los ocho días concurre a la playa de Villa y Club Social local, caminando descalzo por la arena y los jardines. Cuatro días después refirió a su madre la aparición

de lesiones serpiginosas, eritematosas y pruriginosas en el dorso de ambos pies. Por indicación de farmacéuticos le aplican una sustancia (“colodion”) tópicamente los días 26 y 27. El 28 notan formación de ampollas tipo quemaduras, que se resuelven progresivamente en 10 días. El 11/04/87 aparece una lesión reptante, serpiginosa y pruriginosa en la cara ventral del dedo mayor del pie derecho. La lesión cedió al tratamiento tópico con cloruro de etilo y una crema de tiabendazol al 15%, preparada con la suspensión de tiabendazol al 20% en lanolina, aplicada libremente sobre la lesión por 5 días.

Caso N° 3

Febrero 1990. Mujer de 23 años de edad, natural y procedente de Lima. Su último viaje fue de dos años antes a Jaén. Estando veraneando en la playa de Punta Negra, en la noche presenta prurito en la cara interna del tobillo derecho y notó la presencia de una lesión eritematosa circular de aproximadamente 8mm de diámetro, ligeramente elevada. Al tercer día del proceso la lesión había descrito un trayecto lineal, elevado y eritematoso, rodeando el tobillo y alcanzando unos 12 cm., de longitud (Figura N°2). El prurito estaba localizado en el extremo de avance de la lesión. El cuadro cedió con congelación local con cloruro de etilo solamente.



Figura 2.- Lesión lineal, elevada, eritematosa por encima del maleolo interno.

DISCUSION

Los tres casos aquí presentados son a nuestro entender autóctonos de la costa de Lima. Se conoce que los síntomas descritos por los pacientes tales como prurito y pápula rojiza en el lugar de penetración del parásito, ocurren inmediatamente o pocas horas después de la invasión (1,2,3). En los casos N° 1 y 3, los pacientes habían permanecido en Lima no menos de seis meses antes de la aparición de las lesiones características y en el caso N° 2 este período fue de por lo menos 8 días.

El prurito es intenso y se encuentra en el 100% de los pacientes. En algunos casos éste es solamente nocturno, como en la escabiosis (7), pero generalmente no se describe dolor ni infiltración local extensa como se presentó en el Caso N° 1. En el lapso de 2 a 4 días después de la invasión, la larva comienza a migrar a nivel de la unión

dermoepidérmica (1,2,7), progresando a razón de pocos milímetros a varios centímetros por día y dibujando un trayecto lineal, serpiginoso, papulovesicular eritematoso. Pueden presentar uno sólo o pocos tractos, como en estos pacientes, hasta centenas e incluso más de mil lesiones en las infecciones masivas (9). En estos últimos casos ocasionalmente se han descrito síntomas pulmonares acompañados de eosinofilia (síndrome de Loeffler) (2,5,10). Se ha reportado también otras localizaciones extracutáneas de estas larvas, como en músculos estriado, córnea y faringe (10).

El diagnóstico es esencialmente clínico ya que en general no es posible encontrar la larva en una biopsia debido a que ésta avanza delante de su tracto. Puede o no encontrarse eosinofilia en sangre periférica, pero ésta siempre ocurre a nivel tisular (1,7,11). Las lesiones aparecen generalmente en las extremidades, pero pueden darse en cualquier parte del cuerpo. El cuadro dérmico puede tener algunas variaciones debido a las diferentes especies de parásitos que pueden ocasionarlo. El cuadro de “larva currens”, causado por *Strongyloides stercoralis* parásito que se mueve muy rápido, se manifiesta generalmente en las nalgas o en la región perianal y sólo dura pocas horas (1,2,5).

El medicamento de elección es el tiabendazol. Según Lowenthal, los resultados de cualquier forma de tratamiento deben compararse con la curva de muerte espontánea del parásito; en su estudio, 25 a 33% de las larvas morían cada 4 semanas (12). En cambio, según Katz y col., el número de las lesiones disminuye en 33% después de la primera semana de observación, en 54% después de la segunda y en 71% y 81% después de la 3ra. Y 4ta. semanas respectivamente (12).

La aplicación tópica de tiabendazol es altamente efectiva y se considera actualmente el tratamiento de elección, por carecer de efectos secundarios locales o sistémicos. En un estudio utilizando una suspensión de tiabendazol al 10% (100 mg/ml), destinada para uso oral, aplicada tópicamente 4 veces al día sobre la lesión, el prurito disminuyó marcadamente al tercer día de tratamiento y la mayoría de las lesiones estaban inactivas al sétimo día (13). También puede utilizarse una crema preparada con una tableta de 500 mg de tiabendazol triturada y mezclada con 5 g. de vaselina (14). Ambas modalidades fueron efectivas en los casos N° 1 y 2 respectivamente. Actualmente se carece de este medicamento en nuestro medio, sólo se dispone del preparado para uso veterinario. Debe destacarse que todo tratamiento local debe aplicarse un poco por delante del extremo de avance de la lesión para poder afectar la larva.

El tiabendazol utilizado por vía oral también ha sido efectivo, pero con efectos secundarios frecuentes (9,12,15). Se ha descrito como efectivos en algunos casos, tanto albendazol 400 mg/día en una sola dosis oral por 3 a 5 días (16,17)-el cual no dio resultado en el caso N°1, tal vez por utilizar dosis diaria dividida en dos tomas- como mebendazol 100 mg por vía oral 3 veces al día por 7 días (1).

Otra modalidad terapéutica para calmar el prurito rápidamente es el congelamiento de la lesión con nieve carbónica, nitrógeno líquido o cloruro de etilo (2,5). Aunque se ha señalado que el congelamiento produce descamación de la larva, sin llegar a matarla (18), también se ha observado curación de la lesión utilizando exclusivamente este método (7), como ocurrió en el caso N° 3.

En conclusión, larva migrans cutánea es una entidad que puede ser adquirida por niños y adultos en la costa de Lima, en el transcurso de actividades recreativas tanto en playas como en jardines. El tratamiento tópico con tiabendazol es efectivo en un periodo corto y carece de efectos secundarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Manson-Bah PEC, Bell DR. Soil-transmitted helminths. Cutaneous larva migrans (creeping eruption, sandworm, plumber's itch, duckhunter's itch). En: Manson-Bahr PEC, Bell DR, ed. Manson's tropical diseases. 19a ed. London: Bailliere Tindall, 1987.p. 431-433.
- 2.Bass JW. Cutaneous larva migrans. En; Strickland Gt, ed. Hunter's tropical medicine 6a ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1984. p. 704-706.
- 3.Little MD. Dermatitis in a human volunteer infected with Strongyloides of nutria and racoon. Am J Trop Med Hyg 1965, 14: 1007-1009.
- 4.Reddy NB, Srinivasan T. Dracunculus medinensis presenting as larva migrans. Trop Doct 1985;15: 148-149.
- 5.Harman RRM. Parasitic Works and protozoa. Larva migrans. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, ed. Textbook of dermatology 3a.ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications;1979. p. 878-880.
- 6.Lima WS, Camargo MCV, Guimaraes MP. Surto de larva migrans cutánea em uma creche de Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1984, 26: 122-124.
7. Gutiérrez de la Solana-Dumas J, Alvarez-Mesa M, ManssurKatrib J. Estudio de un brote de larva migrans cutánea. Rev Cub Med Trop 1983; 35: 303-316.
- 8.Burstein Alva Z. Larva migrans superficial en el Perú Folia Dermatológica Peruana 1987; 2 (5): 2-3.
- 9.Jacksonville Dermatology Society. Creeping eruption treated with thiabendazole. Arch Derm 1965; 91: 425-426.
- 10.Little MD, Halsey NA, Cline BL, Katz SP. Ancylostoma larva in a muscle fiber of man following cutaneous larva migrans. Am J Trop Med Hyg 1983; 32:1285-1288.
- 11.Bailey WE. Creeping eruption treated with thiabendazole. Arch Derm 1965; 91:430.
- 12.Katz R, Ziegler J, Blank H. The natural course of creeping eruption and treatment with thiabendazole. Arch Derm 1965; 91: 420-424.
- 13.Davis CM, Israel RM. Treatment of creeping eruption with topical thiabendazole. Arch Derm 1968; 97: 325-326.
- 14.Harland PSEG, Meakins RH, Harland RH. Treatment of cutaneous larva migrans with local thiabendazole. Br Med J 1977; 2: 772.
- 15.Stone OJ, Mullins JF, Thiabendazole effectiveness in creeping eruption. Arch Derm 1965; 91:427-429.
- 16.Rossignol JF, Maisonneuve H. Albendazole: a new concept in the control o intestinal helminthiasis. Gastroenterol Clin Biol 1984; 8: 569-576.
- 17.Orihuela AR, Torres JR, García D, Aldul-Had S. Tratamiento del síndrome de larva cutánea migratoria con albendazol. Medicina Privada 1988, 4: 27-28.
- 18.Stone OJ, Mullins JF. Thiabendazole therapy for creeping eruption. Arch Derm 1964; 89: 557-559.