

Eritema migratorio como presentación clínica de larva *migrans* cutánea en la ciudad de México

José Halabe-Cherem,* Haiko Nellen-Hummel,* Iram Jaime-Gamiz,* Alberto Lifshitz-Guinizberg,* Rafael Morales-Cervantes,* Víctor Gallegos-Hernández,* José Malagón-Rangel*

Recepción versión modificada 20/08/98; aceptación 02/09/98

Resumen

La infección por larva migrans cutánea se presenta habitualmente como una erupción dérmica serpinginosa y pruriginosa debida a la penetración de la piel en túnel por larvas de nematelmintos. Esta parasitosis es endémica en zonas tropicales, sin embargo se describen cada vez más casos en zonas urbanas.

El diagnóstico de esta entidad es clínico, pero es frecuente que se confunda con enfermedades reumatológicas, infecciosas, vasculares o dermatológicas; especialmente cuando su presentación es como eritema migratorio. En este trabajo se revisa la presentación clínica y el tratamiento de 18 casos con infección por larva migrans cutánea.

Palabras clave: Larva migrans, presentación clínica, eritema migratorio

Summary

Cutaneous larva migrans (CLM) is a ubiquitous self-limited skin eruption, most frequently caused by the larvae of dog and cat hookworms. Although CLM is most frequent in tropical climates, the infection is becoming more common in urban areas. CLM has been frequently misdiagnosed and/or treated inappropriately, and mimics rheumatic, infectious, vascular, or dermatologic diseases.

We here in report the clinical presentation and management of 18 cases of CLM.

Key words: Cutaneous larva migrans, clinical presentation, migratory erythema

* Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.
Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Halabe Cherem, Av. Cuauhtémoc 330 C.P. 6720 Tel. 5-627-69-10.

Introducción

El término larva *migrans* cutánea (LMC) describe una erupción dérmica serpinginosa y pruriginosa secundaria a la penetración en túnel de la piel por larvas de nematelmintos, más frecuentemente *Ancylostoma* (A) *braziliense*, *Uncinarias* (U) del perro y gato; otras como *A. caninum*, *U. stenocephala*, *Bunostomum phlebotomum*, *Gnathostoma spingerum* y rara vez larvas de insectos pueden causar alteraciones similares.^{1,2,3}

El inicio de la enfermedad se produce al entrar en contacto la piel del paciente con el suelo contaminado donde se desarrollan las larvas procedentes de las heces de perros o gatos; los lugares de adquisición más frecuentes son las playas, los suelos bajo las casas o los campos con pastos, la gnathostomiasis puede adquirirse al consumir ceviche de pescado de agua dulce crudo.^{2,3} Los afectados son generalmente niños que corren descalzos, jardineros, plomeros, carpinteros o bien vacacionistas que acuden a lugares tropicales.^{1,2,3}

El diagnóstico de esta enfermedad es fundamentalmente clínico al observar una erupción cutánea pruriginosa, papuloeritematosa de trayecto lineal, tuneliforme, de aspecto serpentiforme o zigzagueante que avanza en promedio 2 a 3 mm diarios. Las zonas más frecuentemente involucradas son los pies, nalgas, genitales y manos ya que son las áreas que están en contacto con el suelo.⁴ La biopsia de la piel casi siempre revela un infiltrado inflamatorio eosinofílico, generalmente no se identifica el parásito ya que la larva avanza por delante de la lesión. Por esta causa, en general no está indicada la biopsia para establecer el diagnóstico.⁵

Aunque se sabe que esta parasitosis es endémica en zonas tropicales y se han descrito casos cada vez con mayor frecuencia en regiones urbanas, esto ha ocasionando confusión en el diagnóstico con enfermedades infecciosas localizadas, reumatológicas, vasculares o dermatológicas ya que frecuentemente su presentación clínica es eritema migratorio.^{1,5,6}

La LMC se trata con tiabendazol a dosis de 50mg/kg/día divididas durante 3 días con curación hasta del 99%, el uso de albendazol como alternativa terapéutica a dosis de 400 a 800mg/día por 3-5 días ha demostrado resultados similares. Recientemente se ha reportado el tratamiento con ivermectina

200mcg/kg dosis única, reportándose alta efectividad. remitiendo el prurito y la progresión del trayecto a las 48 horas.^{1,5,7-10}

En este trabajo se presentan 18 casos de larva *migrans* cutánea, los pacientes son originarios del Distrito Federal y en solo 6 de ellos se encontró el antecedente de haber viajado a Cuernavaca, Morelos (ciudad endémica).

El propósito de esta presentación es llamar la atención del síndrome de LMC, en el contexto de un paciente con eritema migratorio en zonas no endémicas.

Descripción de casos

Los 18 pacientes eran nativos de la ciudad de México, de los cuales 6 tenían el antecedente de haber viajado a la ciudad de Cuernavaca, Morelos, considerada como zona subtropical. Fueron 10 hombres y 8 mujeres, el rango de edad era de 17 a 65 años con promedio de 33 años (Cuadro 1).

El sitio de afección más frecuente fue el brazo (9 pacientes), seguido del cuello (3 pacientes) y el muslo (2 pacientes) aunque se registraron otros sitios afectados. La lesión se caracterizó en todos los casos por una erupción cutánea migratoria, pruriginosa, pápulo eritematosa de trayecto lineal, tuneliforme, de aspecto serpentiforme de 2 a 7 cm. El tiempo de evolución de los síntomas osciló entre 1 semana y 3 años con un promedio de 3 meses. Se documentó eosinofilia en 4 casos (Cuadro 1).

En el diagnóstico inicial de todos los pacientes no se consideró la posibilidad de infección por larvas migratorias de nemátodos. Los 18 pacientes habían sido tratados previamente por sospecha clínica de: celulitis, absceso, enfermedad de Lyme, reacciones de hipersensibilidad y otras enfermedades reumatológicas. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron antibióticos, antihistamínicos, glucocorticoides y antiinflamatorios no esteroideos; no hubo respuesta en ninguno de los casos. El diagnóstico de LMC se sospechó en nuestro servicio por el cuadro clínico y se corroboró con la respuesta al tratamiento en el 100% de los casos.

Los 18 pacientes recibieron albendazol a dosis de 1200 mg/día por un periodo de 10 días. Dos pacientes tuvieron recaída, la cual se resolvió al tratar nuevamente con albendazol a las mismas dosis.



Figura 1. Erupción cutánea, pruriginosa, en la mano

Discusión

A pesar de que la LMC es un proceso propio de zonas tropicales, los casos aquí informados son nativos de la ciudad de México, sólo la tercera parte tenía el antecedente de haber viajado a alguna zona endémica (Morelos), por lo que la posibilidad de adquirir la enfermedad en zonas urbanas deberá considerarse.



Figura 2. Erupción cutánea, pruriginosa, de la cara

Cuadro I. Larva <i>Migrans</i> cutánea. Descripción de 18 casos.								
Casos	Edad (años)	Sexo	Sitio Afectado	Tiempo de evolución (meses)	Eosinófilos	Tratamiento	Evolución	Observaciones
1	28	M	Brazo	12	N	A	Curación	Se repitió tratamiento y remitió
2	35	M	Muslo	2	N	A	Curación	
3	39	F	Brazo	3	N	A	Curación	
4	64	F	Cuello	1	N	A	Recaída	
5	19	F	Mano	9	↑	A	Curación	Se repitió tratamiento y remitió
6	24	M	Brazo	2	↑↑	A	Curación	
7	51	F	Brazo	1	N	A	Curación	
8	17	F	Brazo	0.25	N	A	Curación	
9	27	F	Brazo	7	↑↑	A	Curación	
10	67	F	Cara	2	↑	A	Curación	
11	24	M	Perianal	0.50	N	A	Curación	
12	63	M	Brazo	1	N	A	Curación	
13	24	M	Cuello	0.25	N	A	Curación	
14	17	F	Brazo	6	N	A	Curación	
15	18	M	Tórax posterior	6	N	A	Recaída	
16	63	M	Muslo	2	N	A	Curación	
17	29	M	Cuello	36	N	A	Curación	
18	22	M	Brazo	6	N	A	Curación	

M= Masculino, F=Femenino, N=Normal, ↑=Elevados, A=Albendazol.

El diagnóstico es básicamente clínico, la biopsia sólo en pocas ocasiones demuestra el parásito; en nuestra experiencia no es necesaria ya que la sospecha clínica y la respuesta terapéutica confirman el diagnóstico. Es importante tomar en cuenta otras posibilidades diagnósticas como abscesos, enfermedades reumatológicas, reacciones alérgicas, enfermedad de Lyme, fotodermatitis e irritación por medusas.

La literatura reporta al tiabendazol como el tratamiento de elección. Nosotros utilizamos albendazol por disponibilidad y ser igualmente efectivo con menos efectos colaterales; sin embargo, las dosis aquí propuestas son más altas a las reportadas en la literatura (400 a 800 mg de 3 a 5 días), ya que en nuestra experiencia dosis menores a 1200 mg por 10 días, no son suficientes. No se reportaron efectos colaterales incluso en los 2 casos que hubo que repetir dicho esquema. Recientemente la ivermectina a dosis de 200 mcg/kg en una sola toma ha demostrando alta efectividad remitiendo el cuadro en 48 horas, por lo que debe ser tomado en cuenta como tratamiento alternativo para LMC.⁷⁻¹⁰

Es cierto que teóricamente no están dadas las condiciones para el desarrollo y transmisión de *Ancylostoma* en la Ciudad de México y que sólo 6 de 18 casos tuvo el antecedente de haber viajado a una zona considerada endémica para LMC. En el resto de los casos no es claro el mecanismo de transmisión, por lo que se puede especular a este respecto y se deben considerar otras posibilidades etiológicas como *Gnathostoma* se que pudiera ser más común en el Distrito Federal, por el consumo

de ceviche de peces dulceacuícolas, cangrejos y camarones; aunque generalmente se asocian a larva *migrans* cutánea profunda y no superficial que son los casos que se reportan. Sin embargo, cualquiera que sea el agente etiológico de la larva *migrans*, la manifestación clínica es similar y tiene una buena respuesta al albendazol por ser un antiparasitario de amplio espectro.

Referencias

1. **Lee C Bishop M.** The incidence of cutaneous larva *migrans* in Montserrat, Leeward Islands West Indies. *W I Med J* 1988;37:224.
2. **Lawrence R.** Larva *Migrans* Then. *Am J Trop Med Hyg* 1989;41:18-20.
3. **Davies H, Sakulus P, Keystone J.** Creeping Eruption. *Arch Dermatol* 1993;129:588-91.
4. **Carvada L.** Síndrome de Larva *Migrans*. *Med Cut ILA* 1983;11:73-8.
5. **Vera A, Fernández M, Del Valle J, Hernández M, Ochaita L.** Larva *migrans* cutánea. *Actas Dermo-Sif* 1988;79:121-3.
6. **Kraus A, Valencia X, Cabral A.** Visceral larva *migrans* mimicking rheumatic diseases. *J Rheumatol* 1995;22:497-500.
7. **Jones S.** Oral albendazole for the treatment of cutaneous larva *migrans*. *Br J Dermatol* 1990;122:99-101.
8. **Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldí S.** Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva *migrans*. *Int J Dermatol* 1997;36:700-3.
9. **Ottensen E, Campbell W.** Ivermectin in human medicine. *J Antimicrob Chemo* 1994;34:195-203.
10. **Caumes E, Carriere G, Datry A, Gaxotte P, Danis M, Gentilini M.** A randomized trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva *migrans*. *Am J Trop Med Hyg* 1993;49:6414.