

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i6.9317>

## Larva migrans cutánea

### *Cutaneous larva migrans.*

Luis Carlos Morales Godínez,<sup>1</sup> Suzzette Lorena De León De Saldaña<sup>2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La larva migrans cutánea es una parasitosis ocasionada por las larvas *Ancylostoma brasiliense* y *Ancylostoma caninum*. Se adquiere en países cálidos tropicales o subtropicales. En Guatemala, los casos reportados datan de los decenios de 1950 y 1960, provenientes de zonas costeras donde la enfermedad es endémica. Los perros y gatos son los hospederos definitivos. Los seres humanos son afectados al tener contacto directo con las heces de los hospederos. Las larvas penetran la piel después del contacto con el suelo infectado y tras un periodo de incubación de dos semanas pueden causar una erupción característica.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 23 años, originario de Israel, quien se encontraba caminando sin utilizar calzado en las playas de Guatemala, manifestó una lesión localizada en la planta del pie izquierdo constituida por un trayecto serpiginoso y eritematoso, clínicamente compatible con larva migrans cutánea. El diagnóstico fue clínico y tuvo respuesta terapéutica exitosa con ivermectina y albendazol vía oral.

**CONCLUSIONES:** La historia clínica de viajes a zonas endémicas y caminar sin calzado son factores a considerar para diagnosticar larva migrans cutánea. Para el tratamiento, la ivermectina y el albendazol son dos fármacos bien tolerados y con adecuada respuesta terapéutica.

**PALABRAS CLAVE:** Larva migrans cutánea; ivermectina; albendazol; *Ancylostoma brasiliense*; *Ancylostoma caninum*.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Cutaneous larva migrans is a parasitosis caused by the larvae *Ancylostoma brasiliense* and *Ancylostoma caninum*. It is acquired in warm tropical or subtropical countries. In Guatemala, the reported cases date from the 1950 and 1960 decades, coming from coastal areas where the disease is endemic. Dogs and cats are the ultimate hosts. Humans are affected by having direct contact with the feces of hosts. The larvae penetrate the skin after contact with the infected soil and after an incubation period of two weeks, they can cause a characteristic rash.

**CLINICAL CASE:** A 23-year-old male patient, originally from Israel, who was walking without wearing shoes on the beaches of Guatemala, presented a lesion located on the left sole consisting of a serpiginous and erythematous path, clinically compatible with cutaneous larva migrans. The diagnosis was clinical and had a successful therapeutic response with ivermectin and albendazole orally.

**CONCLUSIONS:** The clinical history of travel to endemic areas and walking without footwear are factors to consider to diagnose cutaneous larva migrans. The treatment with ivermectin and albendazole are two well-tolerated drugs with an adequate therapeutic response.

**KEYWORDS:** Cutaneous larva migrans; Ivermectin; Albendazole; *Ancylostoma brasiliense*; *Ancylostoma caninum*.

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Ciudad de México.

<sup>2</sup> Dermatóloga, Hospital Centro Médico, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

**Recibido:** abril 2022

**Aceptado:** septiembre 2022

#### Correspondencia

Luis Carlos Morales Godínez  
luiscarlos9998@hotmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Morales-Godínez LC, De León-De Saldaña SL. Larva migrans cutánea. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (6): 850-852.

## ANTECEDENTES

La larva migrans cutánea es una parasitosis que generalmente se adquiere en países cálidos tropicales o subtropicales. Se trata de una dermatosis causada por la migración de las larvas de nemátodos *Ancylostoma brasiliense* y ocasionalmente *Ancylostoma caninum*.<sup>1</sup>

Éstos son parásitos de animales como perros y gatos que afectan la piel del paciente. Los huevos de los parásitos son expulsados con las heces de los animales infectados para caer en suelos arenosos de playas o jardines. Maduran formando larvas que inicialmente son rhabditiformes, luego estrongiloides y en 5 a 7 días se desarrolla el tipo infectante que es la filariforme. Las larvas penetran la piel después del contacto con el suelo infectado y tras un periodo de incubación de dos semanas pueden causar una erupción característica. Inicialmente dan lugar a una lesión papular eritematosa, más frecuentemente localizada en los pies. Después de un tiempo la larva emigra formando un trayecto intraepidérmico, que se manifiesta como lesión eritematosa, lineal, ligeramente elevada y pruriginosa que avanza 2 a 5 cm por día. Las larvas no pueden penetrar la capa basal de la epidermis y no se introducen a la dermis, por lo que permanecen dentro de la epidermis durante 2 a 50 semanas antes de morir, por tanto, es una enfermedad de alivio espontáneo.<sup>2</sup> Se han informado otras localizaciones extracutáneas de estas larvas, como en el músculo estriado, la córnea y la faringe.

Si se realizan estudios de laboratorio puede coexistir elevación de IgE e infiltrados pulmonares eosinofílicos transitorios, lo que obliga a descartar el síndrome de Loeffler, que se caracteriza por disnea, cianosis, hemoptisis e infiltrados pulmonares migratorios. El diagnóstico se basa en las características clínicas de topografía y morfología y el antecedente epidemiológico.

El tratamiento de elección es el sistémico y los fármacos que ofrecen mayor seguridad para el paciente son la ivermectina con tasa de curación del 80 al 100%, la dosis recomendada es de 200 µg/kg en dosis única. Otra opción es el albendazol a dosis de 400 mg durante 5 a 7 días.<sup>3</sup> La prevención más importante es el uso de calzado que cubra todo el pie y no sentarse o acostarse sobre la arena en regiones donde endémicamente pueda existir la enfermedad.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 23 años, originario de Israel, quien consultó al servicio de urgencias por una dermatosis localizada en la planta del pie izquierdo constituida por un trayecto serpiginoso y eritematoso de gran tamaño, color amarillo, bordes irregulares y sobreelevados de una semana de evolución; la dermatosis era pruriginosa y migratoria (**Figura 1**). El paciente refirió que en días previos a la lesión no utilizó ningún tipo de calzado al caminar en las playas de Guatemala. Negó tener antecedentes médicos y los estudios de laboratorio eran normales.

El diagnóstico clínico fue larva migrans cutánea. Se trató con albendazol vía oral a dosis de 400 mg al día durante 7 días y dosis única de ivermectina vía oral 200 µg/kg. Dos semanas después tuvo curación completa.

## DISCUSIÓN

En regiones tropicales de América Latina las infecciones causadas por nemátodos del género *Ancylostoma* son zoonosis raras y poco frecuentes por su escaso reporte epidemiológico.<sup>4</sup> En Guatemala los casos reportados datan de los decenios de 1950 y 1960, provenientes de zonas costeras donde la enfermedad es endémica. En esas zonas, el acceso a los servicios de salud es limitado, por lo que la parasitosis se encuentra subdiagnosticada.



**Figura 1.** Dermatitis localizada en la planta del pie izquierdo constituida por un trayecto serpiginoso y eritematoso de gran tamaño, color amarillo, bordes irregulares y sobreelevados compatibles con larva migrans cutánea.

La infección puede aliviarse espontáneamente, pero hay factores relacionados con la carga parasitaria infectiva y con determinadas condiciones de salud que influyen en la capacidad inmunológica de la persona infectada para responder de forma adecuada a una infección parasitaria. Cuando esto ocurre puede complicarse con problemas como foliculitis, eritema multiforme, enteritis eosinofílica y neumonitis eosinofílica.

El caso comunicado se trata de un paciente originario de Israel que manifestó una dermatosis compatible clínicamente con larva migrans cutánea. El diagnóstico se estableció por los datos clínicos debido a que las lesiones eran muy características. En ocasiones se observan flictenas, edema de la extremidad afectada o puede complicarse con una sobreinfección bacteriana. La erupción característica debe distinguirse de otras dermatosis no progresivas, lineales o serpiginosas, como la tromboflebitis superficial, erupciones liquenoides, fitofotodermatitis y herpes zoster.

El tratamiento oral es el de elección. El albendazol se recomienda en pauta oral de 400 mg cada 12 horas durante 3 días, produciendo una rápida

mejoría en 24 horas y el alivio completo de las lesiones entre una y dos semanas. La ivermectina oral a dosis de 200 µg/kg al día durante uno o dos días puede considerarse una opción terapéutica.<sup>5</sup>

Es importante recomendar medidas preventivas, como el uso de calzado adecuado para caminar en las playas. Las medidas de salud pública en áreas endémicas son el tratamiento antiparasitario a perros y gatos y la prohibición de animales en las playas bañistas para impedir la transmisión de la parasitosis.<sup>6</sup>

## CONCLUSIONES

La larva migrans cutánea es una parasitosis con una expresión clínica característica, de fácil diagnóstico, que es frecuente en zonas tropicales o subtropicales, en pacientes que no usan calzado y que tienen contacto con heces de gatos o perros infectados. La ivermectina y el albendazol son fármacos con alta seguridad y tolerabilidad para el paciente, por lo que son el tratamiento de elección.

## REFERENCIAS

1. 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: 1062-1066. Doi: 10.1093/clinids/19.6.1062.
2. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 811-814. <https://doi.org/10.1086/313787>.
3. Sunderkötter C, Von Stebut EV, Schöfer H, Mempel M, Reinel D, Wolf G, et al. S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12 (1): 86-91. Doi: 10.1111/ddg.12250.
4. Tellería RL, Bujan MM, Cervini AB. Larva migrans cutánea. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113 (4): 3.
5. Sabat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93: 443-447.
6. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al Caribe. *Rev Chil Infectol* 2014; 31: 346-348. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000300016>.