

Responsable Dra. Ingrid Rivera

Erupción pápulo excoriada pruriginosa en los glúteos.

INGRID RIVERA¹, LUIS QUIÑONES², ZULAY RIVERA¹, CARMEN LÓPEZ³, RICARDO PÉREZ-ALFONZO⁴



Figura 1: Distribución de las lesiones en la región lumbosacra y los glúteos.



Figura 2: Excoriaciones con bordes sobreelevados, de diversas formas y tamaños, algunas con costra serohemática. Máculas hipercrómicas residuales;

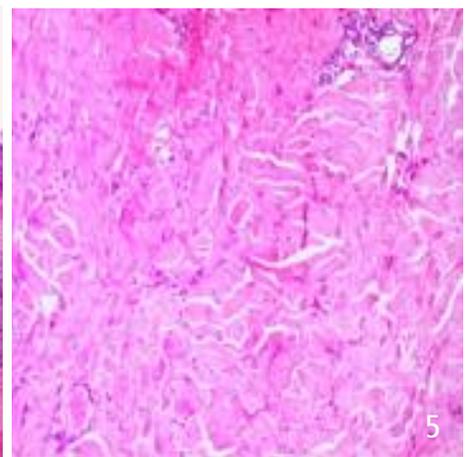
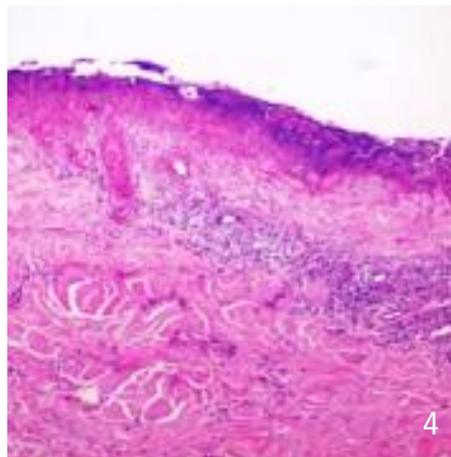
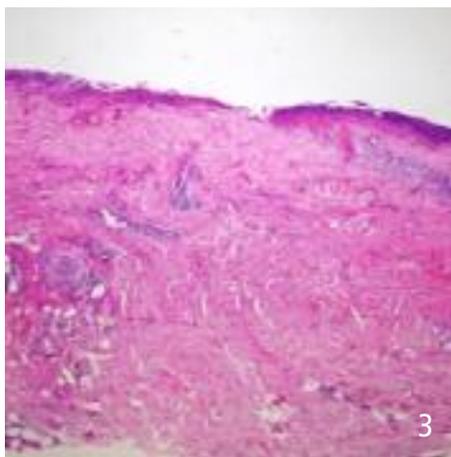


Figura 3: Epitelio con extensa ulceración y necrosis, marcada fibrosis de la dermis papilar y reticular con focos de hemorragia reciente. H/E 4x; **Figura 4:** Zona ulcerada con infiltrado inflamatorio de linfocitos perivasculares y escasos eosinófilos. H/E 4,5x; **Figura 5:** Fibrosis marcada de la dermis papilar y reticular con escasos eosinófilos en el intersticio. No se aprecian granulomas. H/E 10x.

1. Adjunto de Dermatología del Instituto de Biomedicina. UCV. Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

2. Dermatólogo egresado del Instituto de Biomedicina. UCV. Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

3. Patólogo – dermatólogo egresado del Instituto de Biomedicina. UCV. Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

4. Director del posgrado de dermatología del Instituto de Biomedicina. UCV. Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

Autor para correspondencia:
Ingrid Rivera
Correo electrónico:
draingridrivera@gmail.com

Historia

Paciente femenina de 44 años de edad, sin antecedentes personales o familiares contribuyentes, acudió a consulta por presentar una erupción papular en los glúteos y en la región lumbosacra de un mes de evolución, con prurito intenso, rascado y posterior excoriación en glúteos.

Se realizó hematología completa con leucocitosis y neutrofilia (Leuc. 11.280 mm³, Neut 72%, Linf 18%, M 5%, E 5%). Serologías para HIV negativo, VDRL no reactivo. Examen directo para *S. scabiei* y directo micológico negativo. Pruebas intradérmicas: PPD 5mm, candidina 15mm, leishmanina 0, esporotriquina 0. Cultivo para micobacterias: negativo.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

LARVA MIGRANS CUTÁNEA. PRESENTACIÓN TARDÍA.

Evolución:

Por no presentar mejoría luego de tratamiento sintomático (esteroides tópicos, antihistamínicos), se examinó nuevamente a la paciente evidenciándose trayectos serpinginosos. Se reinterrogó refiriendo viaje a la playa 3 meses antes. Se indicó tratamiento con Ivermectina 12mg, con una segunda toma a la semana, presentando mejoría completa de las lesiones serpinginosos.



Figura 6,7,8: Paciente en la que se evidencian trayectos serpinginosos luego de tratamiento sintomático.

Discusión

La larva migrans cutánea (LMC) es una patología causada por la migración de larvas de nemátodos de anquilostomas en la piel humana. En 1874, Lee describió por primera vez una "erupción progresiva" en la piel de un paciente y 50 años después, Kirby-Smith descubrió una larva de nemátodos en la biopsia.¹ Es producida por larvas de nemátodos (*Ancylostoma braziliense*, *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala*), que son patógenos para los animales, principalmente perros y gatos, la infección humana es accidental.²

Se presenta en lugares cálidos, húmedos y arenosos (especialmente playas) de América del Sur, África, el Caribe, sudeste de Asia, sur de Estados Unidos, y en algunas regiones del Mediterráneo. La prevalencia es elevada en donde la gente camina descalza y entra en contacto con excrementos de animales.² Puede ocurrir de forma esporádica o en forma de pequeñas epidemias, y se reporta en los turistas que han visitado las zonas tropicales.¹

Las larvas penetran la epidermis intacta, a través de los folículos pilosos o glándulas sudoríparas, y producen los trayectos sinuosos característicos en epidermis ya que no penetran la membrana basal, debido a que carece de enzimas líticas.^{2,3} La velocidad de migración depende de la especie, pero en general no excede de un centímetro por día. El prurito es la expresión de una respuesta inmune a las larvas y sus productos.²

Clínicamente, luego del contacto con el suelo infectado, aparece una pápula y luego un trayecto sinuoso. Es posible desarrollar ampollas debido a la reacción inflamatoria. El prurito es un síntoma típico, que puede iniciarse antes de las lesiones y ser severo.² Las lesiones están, generalmente, ubicadas en los pies, glúteos y muslos, es decir, en las partes de la piel sin protección que entran en contacto con el suelo contaminado.¹

El diagnóstico se basa en la clínica y el antecedente de la exposición.² La biopsia no es útil, ya que rara vez identifica los parásitos debido a que el extremo anterior del trayecto no indica necesariamente el lugar donde la larva se encuentra. La LMC causada por *A. caninum* fue detectado por ELISA en un reporte de caso y la microscopía epiluminiscente se ha utilizado para visualizar la migración de las larvas.¹

El diagnóstico diferencial más relevante es la *Larva currens* causada por *Strongyloides stercoralis*, con una migración menos irregular y más rápida, progresa hasta 5 cm por hora, y desaparece rápidamente. También deben distinguirse del síntoma conocido como "erupción progresiva", que es una inflamación subcutánea migratoria con enrojecimiento y urticaria en la piel suprayacente, que ocurre en gnatostomiasis, infección por *Paragonimus*, *Fasciola hepática* o miasis migratoria causada por la larva de la mosca.²

La lesión es autolimitada, por lo general remite en cuatro a

ocho semanas. Normalmente, el período de incubación no supera unos pocos días. Sin embargo, en un estudio prospectivo de 64 pacientes, 11 pacientes (17%) desarrollaron síntomas luego de 15 días de salir de la zona endémica.⁴ En una serie de 98 pacientes, la aparición de los síntomas luego de 15 días de la probable exposición fue de 25%, dos de ellos después de siete meses.⁵ Siriez et al reportaron el caso de dos hermanos que estuvieron expuestos al mismo tiempo, pero la lesión de LMC apareció a los 15 días en uno de ellos y a los 165 días en el otro.⁶

Aún no se conoce si esta variabilidad del período de incubación depende del parásito o del huésped. Se plantea que puedan existir factores que precipiten el despertar de las larvas de su etapa latente, como el caso reportado por Archer et al⁷, en el que posterior a un viaje de larga duración comenzaron a aparecer las lesiones de LMC aunque la exposición fue cinco meses antes. La inmunidad a LMC no ha sido estudiada en detalle, sin embargo la célula efectora principal probablemente sean los eosinófilos, que se encuentran, predominantemente, en los infiltrados dérmicos circundantes a las larvas. En infecciones por otros helmintos, como esquistosomiasis, las manifestaciones clínicas y los periodos de incubación son variables, posiblemente controlados por mecanismos inmunológicos innatos similares.⁶

Aunque es autolimitada, requiere de tratamiento debido al prurito, la carga psicológica y la posible sobreinfección bacteriana. Una sola dosis de ivermectina (200 mcg/kg) mata las larvas de manera eficaz con una tasa de curación de 77% a 100%. En caso de que el tratamiento fracase, una segunda dosis por lo general proporciona una cura definitiva. Una sola dosis de ivermectina es más efectiva que una única de albendazol, pero repetidos tratamientos con albendazol son una buena alternativa. Albendazol 400 mg por 5-7 días, mostró excelentes tasas de curación de 92 a 100%.^{1,2,8} Se han reportado casos tratados con crioterapia pero no está recomendada. El mebendazol y albendazol se han usado tópicamente, amerita más estudios para determinar su eficacia, aunque representa una opción en niños y pacientes con contraindicación de medicamentos orales.¹⁻³

En Venezuela la primera descripción de la enfermedad fue hecha en 1938, y se han reportado estudios con albendazol⁹ (400 mg/día por 3 días) y con ivermectina¹⁰ (dosis por peso, máximo 12mg dosis única), con excelente respuesta¹⁰ ●

Resumen

La *larva migrans cutánea* (LMC) es causada por la migración de larvas de nemátodos de anquilostomas en la piel humana. Se presenta en lugares cálidos, húmedos y arenosos (especialmente playas). Las lesiones se inician como pápulas y luego forman un trayecto sinuoso, con prurito, generalmente, ubicadas en los pies, los glúteos y los muslos. El periodo de incubación es variable de pocos días hasta meses, y aún se desconoce si depende del parásito o del huésped. La lesión es autolimitada, remite en cuatro a ocho semanas, sin embargo requiere tratamiento por el prurito, la carga psicológica y la posible sobreinfección bacteriana. Una sola dosis de ivermectina es altamente eficaz, y en casos extensos

puede repetirse la dosis. Se presenta un caso de LMC extenso en glúteos con un periodo de incubación de tres meses.

Palabras clave: *larva migrans cutánea*, glúteos, periodo de incubación.

Diagnosis: Cutaneous Larva migrans. late submission.

Summary

Cutaneous larva migrans (CLM) is caused by migration of hookworm nematode larvae in human skin. Humans are infected by contact with warm, moist and sandy contaminated soils (especially beaches). Lesions begin as papules and evolve a serpiginous track, with itching, usually located on the feet, buttocks and thighs. The incubation period varies from a few days to months, and still is unknown whether depends on the parasite or the host. The injury is self-limiting, resuming in four to eight weeks, however it requires treatment for the pruritus, psychological burden and possible bacterial infection. A single dose of Ivermectin is highly effective, and in extensive lesions dose may be repeated. Herewith, we present a case of extensive CLM on the buttocks with an incubation period of three months.

Keywords: cutaneous larva migrans, buttocks, disease progression

Referencias

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:302-9.
2. Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, et al. S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12:86-91.
3. Tellería R, Buján M, Cervini A. Cutaneous larva migrans. *Arch Argent Pediatr.* 2015;113:375-7.
4. Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: a prospective study, with assessment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis.* 2000;31:493-8.
5. Jelinek T, Maiwald H, Nothdurft H, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: synopsis of histories, symptoms, and treatment of 98 patients. *Clin Infect Dis.* 1994;19:1062-6.
6. Siriez J, Angoultant F, Buffet P, et al. Individual variability of the cutaneous larva migrans (CLM) incubation period. *Pediatr Dermatol.* 2010;27:211-2.
7. Archer M. Late presentation of cutaneous larva migrans: a case report. *Cases J.* 2009;12:7553.
8. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000;30:811-4.
9. Durango A, Vargas H. Albendazol en el tratamiento de larva migrans cutánea. *Derm Venez* 1990;28:101-104.
10. Ruiz M, García E, Oliver M, et al. Larva migrans cutánea tratada con ivermectina Reporte de 3 casos. *Derm Venez* 1998;36:118-119.