

Larva migratoria, un diagnóstico poco común en viajeros

Alexy Inciarte^{1,2} , Elizabeth Zamora-Clemente² ¹Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España²Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido: 01/03/2024

Aceptado: 27/04/2024

En línea: 31/08/2024

Citar como: Inciarte A, Zamora-Clemente E. Larva migratoria, un diagnóstico poco común en viajeros. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (agosto); 9(2): 42-44. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n2a2>.**Cite this as:** Inciarte A, Zamora-Clemente E. *Larva migrans, a rare diagnosis in travellers*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (August); 9(2): 42-44. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n2a2>.Autor para correspondencia: Alexy Inciarte. alexys@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Larva *migrans*
- ▷ Helmintos
- ▷ Erupción progresiva
- ▷ Ivermectina
- ▷ Enfermedades de la piel parasitarias

Resumen

La larva migratoria cutánea (LMC) es una infestación cutánea adquirida de larvas de helmintos, endémica en regiones tropicales o subtropicales, donde gran parte de los afectados son turistas. Mediante un singular caso clínico, se pretende destacar la dificultad de realizar el diagnóstico clínico de los síndromes de larvas migratorias en ciertas ocasiones. Presentamos un paciente español con una progresiva erupción cutánea pruriginosa que, de viaje en Venezuela y no realizándose un diagnóstico clínico, inició tratamiento empírico con ivermectina. Dados los hallazgos clínico-epidemiológicos y la respuesta inmediata al tratamiento nos sugirieron afectación por LMC.

Keywords

- ▷ Larva *migrans*
- ▷ Helminths
- ▷ Creeping eruption
- ▷ Ivermectin
- ▷ Parasitic skin diseases

Abstract

Cutaneous larva migrans (CLM) is a skin infection caused by helminth larvae commonly found in tropical or subtropical regions, where many tourists are affected. Through a particular clinical case, the aim is to highlight the challenge of clinical diagnosis on certain occasions. We present the case of a Spanish patient who developed a progressive itchy skin rash while traveling in Venezuela and, without a clinical diagnosis, started empirical treatment with ivermectin. The clinical-epidemiological findings and the immediate response to treatment suggested an affliction by CLM.

Puntos destacados

- ▷ La larva migratoria presenta una clínica característica que permite habitualmente realizar un diagnóstico clínico precoz.
- ▷ Dada la creciente incidencia, no es difícil encontrar variaciones clínicas interindividuales y agentes etiológicos menos frecuentes que requieran el uso de otras pruebas para realizar su diagnóstico.

Este caso aporta un valor educativo significativo para la comunidad médica en España y otras áreas no endémicas, resaltando la necesidad de considerar diagnósticos de enfermedades exóticas en pacientes con historiales de viaje a regiones tropicales. La rápida identificación y tratamiento de estas patologías pueden significar una mejora considerable en el pronóstico del paciente.

Introducción

El síndrome de la larva migratoria o *migrans* cutánea (LMC) es una parasitosis adquirida de larvas de helmintos, típicamente asociada a viajes a regiones tropicales o subtropicales¹. Es la enfermedad cutánea más frecuente en turistas que visitan estos países y representa hasta el 10% de los casos de enfermedades cutáneas en viajeros^{1,2}.

Los pacientes presentan una erupción pruriginosa progresiva y un trayecto serpiginoso que permite un diagnóstico precoz^{1,3}. La pápula eritematosa solo aparece en individuos previamente sensibilizados y/o inmunológicamente susceptibles, y se han descrito clínicas de presentación más larvadas y regiones anatómicas afectas más variadas en viajeros, dificultando su identificación⁴.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Varón de 41 años, sin historial médico relevante, de nacionalidad española, que se encontraba de vacaciones en Mochima, Venezuela (**figura 1A**). Comenzó a experimentar un intenso prurito en su tobillo cinco días después de dejar Mochima, seguido de enrojecimiento. En un período de dos horas, la lesión aumentó su tamaño a 2 cm, con áreas eritematosas redondeadas de bordes elevados abigarrados y confluentes extendiéndose en el área del tendón de Aquiles (**figura 1B**). Al segundo y tercer día, la lesión se expandió al antepié (**figura 1C**) y pantorrilla izquierda (**figura 1D**), respectivamente.

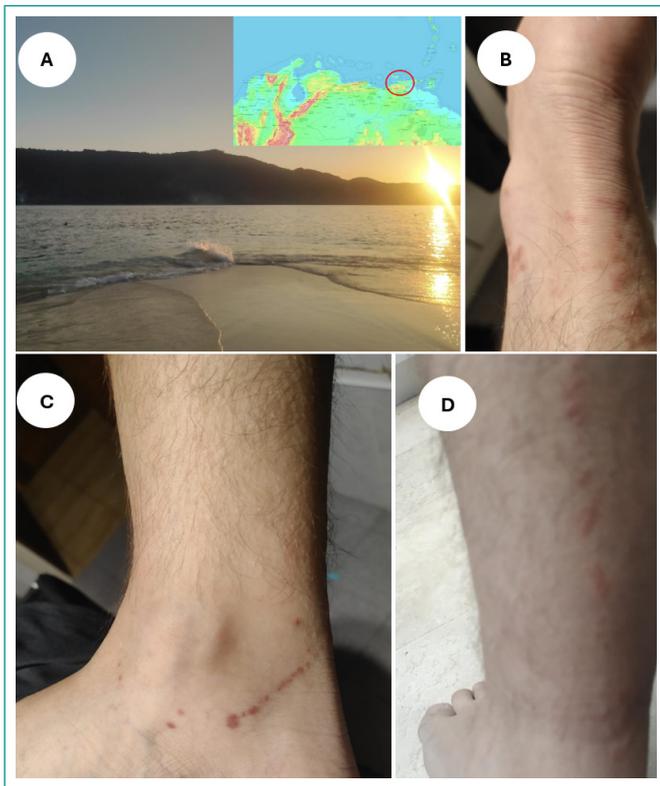


Figura 1. Síndrome de la larva migratoria con afectación cutánea en turista español en Venezuela. **(A)** Playa en Mochima (Venezuela), lugar de contagio, junto con mapa topográfico de Sucre (círculo rojo), región nororiental de Venezuela⁵; **(B)** lesiones en antepié izquierdo; **(C)** lesiones en tobillo izquierdo; **(D)** lesiones en pantorrilla izquierda.

El paciente informó haber tenido contacto con agua de mar en zonas donde había perros, y su calzado se mojó por las olas, manteniéndose húmedo durante dos horas. Además, mencionaba una picadura de medusa dos días antes en el mismo sitio de exposición con el agua de playa antes de que aparecieran los síntomas. No reportó otras exposiciones o actividades de riesgo previas.

Evolución, tratamiento y pruebas complementarias

El paciente experimentó mejoría del prurito tras la administración de ivermectina 12 mg/día durante dos días y detención de la progresión de las lesiones cutáneas que, hasta entonces, se habían extendido hasta la parte trasera de la rodilla y la punta del pie. Tras la toma de ivermectina, el prurito y las lesiones en la piel desaparecieron completamente a las 48 horas y 10 días después, respectivamente.

Se realizó una analítica sanguínea al quinto día de la aparición de las lesiones con presencia de eosinofilia. Y una prueba de ELISA (NovaTec Immundiagnostica GmbH - Dietzenbach, Alemania) para anticuerpos IgG anti-toxocara 20 días después del incidente al regresar a España, que arrojó un resultado de densidad óptica (DO) > 1000 nm (rango de positividad, DO > 300 nm), interpretándose como un falso negativo, una reacción cruzada o inclusive una coinfección asintomática. Considerando los antecedentes epidemiológicos de una zona endémica de anquilostoma, las características lineales típicas de las lesiones y la rápida desaparición de estas tras el tratamiento antihelmíntico, se respaldó el diagnóstico de una posible larva *migrans*.

Diagnóstico

Larva *migrans*.

Discusión

El síndrome de la LMC representa el 4% y 0,6% de las consultas dermatológicas y de todas las consultas importadas en Barcelona, respectivamente⁶. Se trata de una nematodiasis humana normalmente debida a *Ancylostoma*, frecuentemente por anquilostoma de perros o gatos (*Ancylostoma brasiliense* y *Ancylostoma caninum*), en los intestinos de los cuales estos anquilostómidos adultos viven^{1,3}. Para depositar los huevos, que en estos parásitos salen al exterior⁴, los huevos eclosionan y liberan larvas rhabditiformes que crecen en las heces y suelo, y pueden infectar cuando entran en contacto con un huésped humano, migran por la epidermis y acaban penetrando la piel^{2,3}.

Su presentación clínica se caracteriza por presentar una única erupción eritematosa serpiginosa migratoria de varios centímetros de longitud y ligeramente elevada, según los patrones de migración⁴. Suele acompañarse de prurito y enrojecimiento que pueden evolucionar hacia la formación de pápulas, que pueden ser dolorosas debido al calzado ajustado. Más raramente, pueden presentar edema, abrasiones y lesiones purulentas o vesículoampollas³.

La región plantar es una de las localizaciones anatómicas afectadas más comunes, pero también pueden afectarse brazos, codos, piernas, muslos, rodillas y glúteos, relacionados con el factor de riesgo de exposición a la región^{3,4}. Menos frecuentes son los genitales y superficies mucosas, pero también pueden verse afectados, debido al desplazamiento de las larvas sobre la piel antes de la penetración. Esta distribución topográfica puede diferir entre los turistas, principalmente relacionada con las áreas corporales en contacto con arena contaminada, y los pacientes locales de países endémicos, o incluso según la edad⁴.

Así, este paciente puso de manifiesto sucesivos fenómenos ocurridos previos a las manifestaciones clínicas. Sufrió una picadura de medusa, que podría explicar la puerta de entrada de las larvas, resaltando la importancia de investigar exposiciones específicas en el diagnóstico de sospecha de LMC. Algunos nemátodos parasitan animales, y el paciente refirió andar descalzo con esta lesión cutánea por picadura en superficies acuosas en presencia de perros^{2,3}. Todo esto, junto al calzado cerrado y exposición húmeda durante varias horas, son las condiciones que favorecieron su susceptibilidad inmunológica a la infestación parasitaria.

El diagnóstico de LMC se elabora clínicamente, respaldado por antecedentes de viaje, entorno endémico y la posibilidad de exposición. Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre las posibles causas; una picadura por insecto, prurigo, prurito del nadador (por *Schistosoma* spp.), un cuadro de hipersensibilidad cutánea e incluso, cuadros miméticos a herpes zoster (aunque la LMC no sigue un trayecto nervioso)⁴. Las nematodiasis por *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus* pueden presentar cuadros similares, así como las dermatosis por miasis, *Gastrophilus* y *Gnathostoma*². El género *Toxocara* junto con algunos de los previamente mencionados, se asocia más al síndrome de la larva migratoria visceral⁷.

La clínica por toxocariasis no es típicamente cutánea y, de presentarla, suele ser en forma de nódulos e incluso adenopatías, con complicaciones sistémicas⁷. En el caso de este paciente, la presencia de serología positiva podría corresponder a una reacción cruzada o un falso positivo. Se podría interpretar como una helmintiasis con afectación cutánea y con respuesta inmediata al tratamiento antihelmíntico, dado el diagnóstico precoz no se pudo realizar estudio de huevos en las heces.

El tratamiento antihelmíntico sistémico es bien tolerado y altamente eficaz, siendo de elección albendazol o ivermectina, que también son larvicidas^{8,9}. Se administra vía oral albendazol 400 mg/12 horas durante 3-7 días o ivermectina 200 µg/kg/día durante 1-2 días⁸. A nivel terapéutico, pese a la eficacia demos-

trada de ambos, se recomienda administrar albendazol antes que ivermectina, pues la ivermectina ha demostrado mayor número de fracasos clínicos^{2,6}. Solo un ensayo clínico realizado en 1993 contrasta la eficacia de ambos en dosis única, concluyendo que ivermectina es más efectiva⁹.

Conclusiones

La identificación temprana y el manejo de la larva *migrans* cutánea (LMC) y otros síndromes de larva migratoria es esencial en áreas no endémicas y para viajeros con exposiciones de riesgo y factores predisponentes. La anamnesis es fundamental para sospechar de estos síndromes en el diagnóstico diferencial y frecuentemente se requieren métodos diagnósticos adicionales.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Bibliografía

1. Wesołowski R, Mila-Kierzenkowska C, Pawłowska M, Szewczyk-Golec K, Kałużna L, Wozniak AM. Cutaneous larva migrans imported from a tropical trip - case report and literature review. *Ann Agric Environ Med*. 2021; 28(4): 709-712. doi: <https://doi.org/10.26444/aaem/131600> (último acceso mayo 2024).
2. Gill N, Somayaji R, Vaughan S. Exploring tropical infections: a focus on cutaneous larva migrans. *Adv Skin Wound Care*. 2020; 33(7): 356-359. doi: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.000062248.18996.b5> (último acceso mayo 2024).
3. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. *J Travel Med*. 2007; 14(5): 326-333. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2007.00148.x> (último acceso mayo 2024).
4. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8(5): 302-309. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70098-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70098-7) (último acceso mayo 2024).
5. Mapa topográfico Sucre, Venezuela, Sucre. Topographic-map. Accesible en: <https://es-cr.topographic-map.com/map-wpgfnx/Sucre/?center=23.13026%2C-48.49365> (último acceso mayo 2024).
6. Alcántara A, Soldevila L, Valerio L, Roue S, Pérez-Quílez O, Martínez-Cuevas O, et al. Cutaneous larva migrans or the wandering invader. Description of 16 cases in the Northern metropolitan area of Barcelona. *Travel Med Infect Dis*. 2020; 36: 101545. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2019.101545> (último acceso mayo 2024).
7. Van Den Broucke S, Kanobana K, Polman K, Soentjens P, Vekemans M, Theunissen C, et al. Toxocariasis diagnosed in international travelers at the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, from 2000 to 2013. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015; 9(3): e0003559. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003559> (último acceso mayo 2024).
8. Mensa J, Soriano A, López-Suñé E, Llinares P, Barberán J, Poliakova Y, et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2023. Barcelona: 33ª edición. Editorial Antares (España). 2023. ISBN: 978-8488825322.
9. Chapman PR, Giacomini P, Loukas A, McCarthy JS. Experimental human hookworm infection: a narrative historical review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021; 15(12): e0009908. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009908> (último acceso mayo 2024).